Lane Medical Library

Ueber Gesichtslage unter Berücksichtigung der Geschichte

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin.

Von

Herbert Senst

aus Potsdam

Tag der Promotion: 16. Juni 1926

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Goldscheider
Referent: Prof. Dr. Nagel

„Wenn die Natur nicht von ihren Gesetzen abweicht, so sind die Verrichtungen der Geburtshilfe bald zu vollbringen; handelte sie allezeit einförmig, so wäre alles Nachforschen und Bemühen unnütze, denn die Schwangeren würden leicht entbunden, die erste gegenwärtige Person könnte hilfreiche Hand leisten, und geringe Vorsichtsmaßnahmen wären ausreichend. Allein dieser Zustand, der ohne Zweifel in allem vorzuziehen wäre, besteht nur aus Wünschen, die wir für seine Wirklichkeit hegen." Bei Erwägung dieser Tatsache nimmt es uns nicht Wunder, daß schon in ältester Zeit bei den Völkern sich der Gedanke einer Geburtshilfe breit machte.

So findet man auch tatsächlich Versuche einer Geburtshilfe, wenn auch nur in beschränktem Maße, bei den alten Schriftstellern nachgewiesen.

Leider legten religiöse Auffassung und die an sich schon eigenartige Materie ihrer natürlichen Entwicklung große Fesseln auf, daher ist es wohl auch zu erklären, daß lange Zeit hindurch das Tun und Handeln in der Geburtshilfe sich nur um das Vorhandene, nämlich um das bereits zur Welt gekommene Kind, bewegte. Man dürfte also nur von der Geburtshilfe der Alten in diesem besonderen Sinne sprechen.

Aus leicht erklärlichen Gründen wurde die Art der Geburtshilfe zuerst den Frauen übertragen. Durch Beobachtung am eigenen Körper bei der Geburt gewitzigt, übernahmen sie es dann, hin und wieder in den Gang der Geburt bei ihren Mitschwestern einzugreifen. Ueber die einzelnen Verfahren ist uns nichts überliefert worden. Wo Frauenhände und Kräfte nichts mehr erreichen konnten, holte man den Iatros, dieser entbehrte jeglicher Möglichkeit, natürlichen Geburten beizuwohnen und sie zu beobachten, war also daher gezwungen, ohne Kenntnisse in diesem Fach einzuschreiten. Meistens waren die Fälle dann schon dermaßen verdorben, daß der Geburtshelfer, um nur

noch das Leben der Mutter zu retten, zur Zerstückelung des Kindes schritt.

Etwas höher schien die Geburtshilfe zur Zeit des Hippokrates (460 v. Chr. n.), denn dieser schreibt bereits in seinem Buche: „de natura pueri", — ob es wirklich von ihm geschrieben ist, mag dahingestellt bleiben —, von einer Kopfgeburt. Auch seit dem Tode des Hippokrates von Kos, des Vaters der Heilkunde, bis zur Regierungszeit des Kaisers Hadrian haben wir keine schriftlichen Aufzeichnungen über Gesichtslagen in den Händen. Erst bei Moschion (117 a. Chr. n.) finden wir in seinem Werke „de passionibus mulierum" folgende Worte: „Quot et quibus sitibus foetus nascuntur?" In der Antwort heißt es unter anderem: . . . . vel eum in dentum pronum inveniens . . . ., er rät weiterhin in solchem Falle, die Wendung auf die Füße zu machen und zu extrahieren. Ein Vorschlag, der leider bald in Vergessenheit geriet, und an dessen Stelle wieder die unglückselige Perforation trat. Jahrhunderte hindurch wurde nun letztere Operation geübt.

Eine nähere Einteilung der Kindslagen bringt uns Soran (117 v. Chr. n.), ein Zeitgenosse des Moschion. Er ist für uns eine der interessantesten Persönlichkeiten in der Geschichte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Schon im Altertum schien sein Name berühmt gewesen zu sein; als Beweis mag uns die Tatsache dienen, daß einige altertümliche und mittelalterliche Autoren ihn anführen. Ueber ihn selbst ist wenig bekannt. In seinem gynäkologischen Werk interessiert uns nur der geburtshilfliche Teil. Hier stellt er als Forderung einer guten Geburt folgende Bedingungen auf: von seiten des Kindes: Kopflage, von seiten der Mutter: kräftige Konstitution, eine gerade Wirbelsäule, weite Hüften, ein gut entwickelter Uterus, ein genügend weicher Muttermund, eine nötige Menge Fruchtwasser und eine genügende Nachgiebigkeit der Knochen der Schambeingegend. Wir finden also hier Momente, die auch heute noch in der Geburtshilfe in Betracht gezogen werden. Aber seine Beobachtungsgabe geht noch weiter. Bei den abnormen Lagen spricht er von Schädellagen, bei denen der Kopf zur Seite liegt, und solchen, bei denen er sowohl zur Seite liegt, als auch eingekeilt ist. Schon Soran hatte also bei Schädellagen Abweichungen in der Lage des Kopfes diagnostiziert. Vielleicht hat er auch schon die Stirn- und Gesichtslagen gekannt und stellte sie unter diese

Gattung der abnormen Schädellagen. Bejahendenfalls wäre also bei Moschian und Soranus zu gleicher Zeit die erste Erwähnung der Deflektionslagen zu finden.

Nach Soranus erleidet die medizinische Wissenschaft und besonders die Geburtshilfe unter dem Einfluß der christlichen Aera einen Rückschlag, von dem sie sich, wie wir sehen werden, nur sehr schwer erholen konnte. Ob die Beweggründe in dem Einfluß der Kirche und den Folgen der Völkerverschiebung zu suchen sind, oder ob die eigenartige Gefühlseinstellung und die damaligen sozialen Verhältnisse der mittelalterlichen, kulturtragenden Nationen daran Schuld sind, soll hier nicht entschieden werden. Wir haben jedenfalls als eine Folge des Niedergangs in der ganzen Geisteswelt auch den Stillstand in der Geburtshilfe anzusehen. Was in einem Jahrtausend geschaffen wurde, sank in Vergessenheit zurück, so ging auch u. anderem die bedeutendste Errungenschaft der Geburtshlife, die Wendung auf die Füße, verloren.

Die Araber rissen die Führung der Wissenschaft an sich.

In Europa gab es kein freies Denken mehr, man klammerte sich krampfhaft an Ueberliefertes. Mit dem Sinken des Mittelalters war jedoch die Erneuerung der Geburtshilfe verbunden; durch die weise Einrichtung von Hebammenordnungen wurden privilegierte Hebammen eingeführt, und somit die Geburtshilfe relativ erfahrenen Frauen in die Hand gegeben.

Als erste Hebammenordnung ist wohl das Werk von Reußlin (1550) „der swangeren Frawen und Hebammen Rosengarten" zu nennen. Soweit es mir möglich war, die alten Originale in meine Hände zu bekommen, habe ich sie bearbeitet, um Anmerkungen über Gesichtslage herauszusuchen. Wegen des Interesses, die diese Stellen bieten, sollen sie zum Teil wörtlich angeführt werden.

Im Rosengarten lautet die Ueberschrift des 2. Kapitels: „Das ander Kapitel sagt von der Zeit der Geburt und welche Geburt natürlich und wider die Natur sei." R. unterscheidet hier an Hand von zwei Zeichnungen nur eine Kopflage und eine Fußlage (beide Lagen mit ausgestreckten Beinen), oder eine natürliche und eine unnatürliche. Im folgenden Kapitel spricht er von den achtzehn Punkten, „die eine Geburt hart und mißlich machen". Die Gesichtsgeburt ist hier jedoch nicht erwähnt.

Wesentlich erfahrener war man schon in Frankreich geworden. Hier ist es das Verdienst der Luise Bourgois (1588), bahnbrechend in den alten Ansichten und Auffassungen gewirkt zu haben, so schreibt sie:

„Was zu der Kinder Teil / für Ursachen schwerer und leichter Geburten seien / dabey auch von mancherley Instellung / und Herkommen des Kindes / sowol natürlich als unnatürlich gehandelt wird. Viel und mancherley Ursachen können beygebracht werden / umb deren Willen die Geburt eines Kindes beschwerlich / und gefährlich abgeht. Erstlich wann das Kind schwach ist / und ihme nicht helfen kann / darnach wann es dick und stark ist / entweder im ganzen Leib / oder einen ganzen Teil / und Glied desselben / als das Haupt desselben ist / dessen Bein der Hirnschale bisweilen sehr groß / und weitläufig / als in den dickköpfigsten / oder zu hart und vollkommen / daß sie garnicht weichen noch nachgeben können / oder wann das Kind nicht gleich mit dem Haupte kommet / und doch das Angesicht nicht gleich unter sich gegen den Hintern wendet / wie alle Kinder in rechter natürlicher Geburt kommen sollen / was auch etliche närrische Weiber dagegen schnattern / welche fürgeben / daß die Knäblein mitunter sich / und die Mägdlein mit ober sich gekehrtem Angesicht zur Welt kommen / da doch unleugbar ist / daß die erste Art von Geburt / sowohl Knäblein und Mägdlein gemein sei."

Weiterhin gibt sie 12 Arten der Geburt an, für uns hat die 10. besonderes Interesse.

„Die zehnte Art unrechter Ankunft der Kinder an die Geburt ist / wenn sie das Angesichts voranzeigen. Bei diesen ist sich nicht geringer Gefahr zu besorgen / dann einfältige Weiber würden sich dabei leichtlich betrogen finden / weil sie diese wohl für die erachten möchten / von deren schon bereits gesagt / da die Kinder mit dem Hintern sich am ersten an den Tag begeben. Aber eine verständige und der Sachen erfahrene Hebamme / wird dadurch so leichtlich sich nit betrigen lassen. All hie ist vonnöten / die Frau warm zugedeckt halten. Ihro zur Erhaltung der Kräften von der Confectio Alcernes (Zimtwasser) einzugeben / oder wo es von Nöten sei / ein Chlistier beizubringen / und eher alle möglichen Mittel beizubringen / daß man es nicht mit der Hand begreife noch befasse / und doch so bald man kann dazu verhelfe / daß es fortgehe und zur Geburt komme / dann

wann es schon nur kurze Zeit in diesem Zustand verharren sollte / würde es unterm Angesicht so verstellt / und abscheulich gestaltet werden / als man es erbärmlich ermordet / wann man es aber je mit der Hand betastet hätte / ist es am allerbesten / daß man dem Kinde / sobald es zur Welt geboren / das ganze Angesicht schmieret mit Oele und Johanniskraut / Hyperikum und Perforatum genannt / oder mit Rosenöle und Balsam / wann es sonderlich gedrungen und aufgeblasen ist.

Luise B. bekämpft also den Aberglauben bei den Kindslagen, warnt vor Verwechslung von Steiß- und Gesichtslagen, rät zum exspektativen Verhalten und beschreibt eine Gesichtsgeschwulst.

Schon kurze Zeit darauf urteilten Geburtshelfer über die Gesichtsgeburten, denen erst das 18. Jahrhundert ihre richtige Stelle unter den durch eigene Tätigkeit verlaufenden Geburten angewiesen hat, anders.

Rund 100 Jahre später veröffentlichte der Franzose Mauriçeau ein Werk unter folgendem Titel: Der Schwangeren und kreistenden Weibsperson allerbeste Hilfeleistung. (Paris 1681.) Er unterscheidet hierin drei Arten widerwärtiger Kindslagen.

1. ein mühsames Gebähren,
2. ein schweres Gebähren,
3. das durchaus wider die Natur.

„Das widernatürliche ist das, so wegen des kindsbösen Lagers niemals geschehen kann ohne Zutun des Handgriffs vor der Operation mit der Hand.

Das 10. Kapitel führt folgende Ueberschrift: Das Mittel einem Weibe zu helfen / im Kindhaben / da das Kind herkomme auf der Seiten des Kopfes / wie auch denen wo das Gesicht zuerst komme."

Unter anderem heißt es: „Jemalen kommt das Kind mit dem Angesicht vorerst / den Kopf hinter sich gebogen / in welchem Gewand es demselben gar zu schwer herzukommen / und wann es lang dasteckt / ihn das Angesicht dermaßen bleichgelb und aufgeblasen wird / daß es anfangs allerdings mißgeburtisch vorkommet. So sich dann begiebt / sowohl wegen der Zusammenzwängung / die bei diesem Lager geschieht / als daß man es jemal gar zu oft und zu tölpisch mit den Fingern hat angetastet / indem man versucht hat / ihm ein besseres Gewand zu verschaffen. Hierbei fällt mir ein / wie ich ungefehr vor 6 Jahren /

eine Frau im Kindhaben bedienet / von der das Kind / so mit dem Gesichte sich verstellte / dermaßen bleifarb und ungeschaffen (wie es gemeiniglich bei solchen Begebenheiten geschieht) hergekommen ist / das sein Gesicht davon eines einem Mohren sehr ähnlich sah / ungeachtet ich nicht ermangelte, es herzubringen . ."

Als Kuriosum mag erwähnt werden, daß die Mutter das schwarze Gesicht des Kindes darauf zurückführte, daß sie von Anfang ihrer Schwängerung an streng und mit einer starken Einbildung einen Mohren, den Begleiter eines gewissen Herrn de Guise, angesehen habe.

Als Therapie gibt M. die Anweisung, die Frau gut zu lagern und dann mit der eingeführten Hand den Kopf zurecht zu stellen. Wo dies nicht möglich ist, sollte man die Schultern zurechtrücken, um eine Richtigstellung des Kopfes zu ermöglichen. Dann folgt die Anregung mit beiden Händen einzugehen, ein Verfahren, daß wie M. selbst sagt, sich wegen Platzmangels meistens verbiete. Hier finden wir also schon den ersten Versuch der inneren Umwandlung bei Gesichtslagen.

Seit M. hatte die Gesichtslage wieder größeres Interesse bei den Geburtshelfern erweckt. So war es Justine Siegemundin (1690), die um die Jahrhundertwende in Deutschland auf die Gesichtslage aufmerksam machte. In der „Kurbrandenburgischen Hof- und Wehemutter" beschreibt sie an Hand zahlreicher Kupferstiche die einzelnen Kindslagen, so sagt sie im dritten Kapitel, das „von dem Angriff der rechten Geburt handelt" folgendes: „Das Kupfer zeiget zwar ein recht liegendes Kind mit dem Leibe / aber der Kopf ist in der Geburt verkehrt / das es mit dem Angesicht zuerst in die Geburt eingedrungen. Diese Hilfe zeigt die Hand der Wehemutter / wie du siehst / das sie den Kopf oben nachhilft / weil ihme auf keine andere Weise zu helfen ist / ich habe unterschiedene Male versucht bei noch stehendem Wasser / das Kind in Zeiten mit dem Gesicht zurückzubringen / das ich den Kopf recht unter sich wenden könnte wie die recht gebärenden Kinder zu stehen pflegen. Aber es gehet dergleichen nicht an / indem dergleichen stehende Kinder wenig / und fast gar kein Wasser umb sich haben / und gemeiniglich durch eine große Gewalt von den swangeren Frawen zu solcher unrecht stehenden Gestalt gezwungen werden / wie ich dann etliche Mal wahrgenommen habe / das swangere

Frawen im Fahren durch gewaltsames Rütteln der Pferde / und dem Wagen dergleichen Zufall bekommen haben.

Die Abbildung zeigt uns eine mento-anteriore Gesichtslage, die rechte Hand des Geburtshelfers greift mit Katzenpfötchenstellung der Finger über die Stirn hinweg zum Hinterhaupt. Justine Sigemundin rechnet also die Gesichtslagen an sich zu den natürlichen Geburten, als ihre Aetiologie sieht sie Raummangel und äußere Gewalteinwirkungen an. Ihre Therapie bestand anscheinend lediglich in dem Versuch, den Kopf einzurichten.

Zur selben Zeit gab Kornelius Solingen (1693) in Holland ein Handbuch der Wundarznei heraus, indem er auch die Pflichten der Wehmutter beschrieb. Er hat hierin in einem Kapitel die Gesichtslage erwähnt. Der Text lautete folgendermaßen: „Wann das Kind mit dem Angesicht sich gegen das Schambein stützet / und nicht durchkommen kann." Hier muß die Frau wieder hinten übergeleget werden und muß die Hebamme mit den fordersten Fingern jedweder Hand zugleiche zur Seiten des Wasserganges / suchen gegen den obersten Kinnbacken unter die Nasen / oder sonsten gegen die Backe / so gut sie kann / das Kind in die Höhe und zurückestopfen / nachdem vorher der Urin durch ein Medikum oder Chirurgum abgezapfet. Ich habe zuweilen erfahren / daß unvorsichtige und junge Hebammen / wann eine Backe vorn in der Geburt gestanden / gesagt haben / daß es die Arssbacken wären / da ich kurz darauf dergleichen mit dem Kopf vor herausholte. In solchem Falle muß die Hebamme von beiden Seiten die eingekrumpene Blase in die Höhe heben / und den Kopf ganz sachten niederdrücken / bis daß er vor die Geburt kommt. Danach muß sie den Kopf hinter die Ohren mit den Fingern also halten / bis das die Frau zurechte gesetzt ist. Cosine Viardal so einer der Elendsten ist / so ich mein Lebtag gesehen habe / bedienet sich einer Kompresse / so er forne über die Spitzen seiner Finger / mit einem Bande festgemacht hat / davon die Enden aus dem Mutterhals heraushängen / mit dieser Kompresse bringet er das Angesicht wieder zurechte / das es recht komme zu stehen welches aber nicht nötig ist / wann nur die Nägel von den Fingern wohl abgeschnitten seyen."

Cornelius S. schlägt also auch die Einrichtung des Kopfes bei Gesichtslage vor, aber mit beiden Händen, dann warnt er vor

der Fehldiagnose einer Steißlage. Etwas verworren drückt er sich aus, wenn in seiner Embrulcia folgendes zu lesen ist: „Wie man prozedieren soll / wenn das Kind mit dem Gesicht an dem Schambein stehen bleibt.

Wenn man findet / daß das Kind mit dem Gesicht oder dem offenen Munde an den Schambeinen stehen bleibt / so soll man nach dem Befehl der Autoren / die Frau hinterrücks legen und das Kind mit dem Schulterblättern herausdrücken und danach das Haupt vor die Geburt bringen und also herauszuziehen trachten."

C. spricht hier von einer merkwürdigen Extraktion am Kopf. Noch unklarer wird seine Therapie, wenn er fortfährt, „dieses redet sich wohl so, aber wenn die Kinder tot sind (wovon wir bloß und allein hier reden) so schließt sich das Orificium internum so enge zu / daß das Kind nicht so leicht kann gewendet werden und wenn es geschieht / so gehört große Arbeit hier zu."

Ich nehme an, daß das „Herausziehen" nicht im heutigen Sinne zu verstehen ist, sondern vielleicht dem Wort „herauszubekommen" gleich zu setzen ist, und bei toten Kindern die regelrechte Wendung vorgeschlagen wird. Faßt man den Sinn seiner Worte so auf, so hat Cornelius erkannt, daß man die Gesichtslagen nicht allein am Kopf angreifen müsse, sondern auch am Rumpf. Und zwar an den Schultern. Ein Gedanke, der nach rund 200 Jahren von Schatz, wie wir später sehen werden, wieder aufgegriffen wurde.

Mit Beginn des 18. Jahrhunderts machte sich ein reges Interesse in allen europäischen Ländern für die Geburtshilfe bemerkbar. Schon 1750 gab Deventer sein „Neues Hebammenlicht" heraus. Hier behandelt er ausführlich die Aetiologie und Therapie der Gesichtslagen. „La façe se trouve an dessus" und beschreibt einen schweren Fall einer Gesichtslage, die er selbst zuende geführt hat und fährt dann fort: „Nun laßt uns sehen, ob die Geburt ebensoleicht vonstatten gehe, wenn das Kind also gewendet in einer unrechtstehenden Mutter sich befindet. Gewißlich es wird sich hier ein großer Unterschied zeigen. Nämlich, das Kind, wenn in einer obenstehenden Weise in einer rechtstehenden Mutter sich gewendet hat, hat keine andere Stellung als ein rechtgewendet Kind. Es tritt mit dem Kopf ins Becken ein so, daß es auf keiner Weise mit dem Kopf am Becken

anstoße und aufgehalten werde. Steht aber die Mutter unrecht, so wird der Kopf bald vorn, bald hinten, bald an der Seiten Hindernis finden, nachdem nämlich die Mutter sehr schief steht oder nicht. Denn liegt sie hinten ganz an den Rückgratsgeweben und hoch im Leibe, wie kann es anders sein, als daß das Kind mit dem Wirbel an die Schambeine stoße und allda hangen bleibe. Welch eine kluge Hebamme durch den Angriff wissen kann, maßen der Muttermund sodann höher oder an die Schambeine gedruckt anzutreffen sein wird, dergestalt, daß man mit großer Mühe kaum ein bißchen von dessen unterem Rande je einen halben Zirkel berühren kann."

Deventer versucht dann weiter, die Aetiologie der Gesichtslage zu erklären. Zum Schluß sagt er dann: „Die Ursach solcher Wendung ist, daß das Kind mit dem Kopfe sich etwas geschwind überschlägt." Den Knoten aber, warum das Kind sich schnell überschlägt, hätte noch niemand gelöst. Einen Unterschied von Gesicht- und Stirnlage kennt Deventer noch nicht. Als Therapie gibt er folgenden Rat, wenn eine Hebamme die Gesichtslage festgestellt hat, so muß sie sofort versuchen, eine Schädellage herzustellen, was am bequemsten kurz nach dem Blasensprung möglich ist, weil dann noch sehr viel Platz in der Gebärmutter vorhanden sei. Weiter warnt er bei dieser Operation vor zu forschem Vorgehen, um eine Verletzung des Kindes auszuschließen. Es soll die Hebamme die flache Hand dem Kinde auf die Brust möglichst nahe der Kehle ansetzen und das Kind hierauf in die Mutter zurückschieben, so würde der Kopf des Kindes von selber auf ihren Arm fallen, wenn dies geschehen, soll sie die Hand zurückziehen und sie wird finden, daß der Kopf zurecht gewendet ist. Bleibt jedoch der Kopf zulange zurück, weil sie das Kind nicht weit genug hinaufschieben kann, so soll sie ihm mit dem Finger oder Daumen in den Mund greifen und anziehen, oder das Aeußere, d. h. die Endphalangen, der vier Finger zwischen die Mutter und den Vorderteil des Kopfes schieben und damit versuchen, den Kopf herunter zu bringen. Dann weist er darauf hin, inwiefern sich der Unterschied bei einer geradeliegenden und schiefliegenden Gebärmutter bei Gesichtslagen bemerkbar macht. An Hand zweier Kupferstiche sucht er dem Leser die Unterschiede klar zu machen. Im 1. Bild sieht man eine mentoanteriore Gesichtslage mit Vorfall beider Arme und geradestehender Gebärmutter. Kommt hier die Hilfe

schnell, so will er die oben angeführte Handwendung gemacht wissen, kommt sie lange nach dem Blasensprung, so soll mit anschließender Extraktion gewendet werden.

Größere Schwierigkeiten entstehen bei Schieflage des Uterus. Dieses zeigt das 2. Bild. Hier will er unverzüglich die Wendung auf die Füße gemacht haben.

Ungefähr 30 Jahre später schilderte de la Motte (1732) in seinem „Traktat von den Krankheiten schwangerer und gebärender Weibspersonen" 2 Fälle von Gesichtslage, die er in den Jahren 1690 und 1697 erlebt hatte, er versuchte in beiden Fällen ohne Erfolg den Kopf richtig einzustellen, die Geburten erledigten sich nach 1½ Stunde spontan. Er spricht bei den Gesichtslagen von den gefährlichsten Geburten und betont, daß ihm dennoch noch keine Frau in solchem Fall verunglückt sei. Ganz besonders hebt er die mento-posteriore Lage hervor, wenn er im 21. Kapitel von der Geburt, wo das Kind das Gesicht vor sich stehen hat und in der Mutterscheide stecken bleibt, folgendes sagt: „Wie sehr es gemein ist, daß man ein widernatürliches Gebären antrifft, obgleich das Kind mit dem Kopf in der Geburt ankomme, welches Lager man unter allen für das Beste halte, wenn anderwärts das Gesicht hinterwärts und der übrige Leib in gleichem gewendet ist, so darf man sich nicht zuvor verwundern, wie ein dergleichen Lager, wo das Gesicht vorwärts gewendet ist, ein widernatürliches Gebären macht, indem das Kind in solcher Situation der größten Gefahr unterworfen ist, weilen die allerglücklichsten Geburten von der Art, d. ist, wenn das Kind mit dem Gesicht vorwärts gewendet kommt, nicht anders mit vielen Mühen und Schmerzen sich endigen".

Sehr wenig spricht sich sein Zeitgenosse Peter Dionis über die Gesichtslage aus. Ich habe in der mir zugänglich gewesenen Uebersetzung des Johannes Timmii Bremensis aus dem Jahre 1745 nichts Wesentliches entnehmen können, was hier Wert hätte, angeführt zu werden. Wenn ein Geburtshelfer zu einer Gesichtslage gerufen wird, so soll er beim Tuschieren alles Pressen verbieten, dann mit der Hand gegen die Stirn drücken und die Hinterhauptslage einstellen.

Aber auch in England war man auf dem Gebiet der Geburtshilfe nicht untätig geblieben. Hier war es Smellie (1763), der bahnbrechend wirkte. In einem großen Teil seiner Arzneikunst widmet er sich der Gesichtslage, die interessanten Stellen sollen

später wörtlich übersetzt angeführt werden. Smellie ist es, der als erster bei Gesichtslage auch die Zange zur Extraktion anwendet. Bei hochstehendem Kopf wendet er auch die Füße, steht jedoch der Kopf in Beckenmitte, so soll die Geburt der Natur überlassen werden. Begibt er sich jedoch langsam herunter und entsteht durch den dauernden Druck auf dem Kopf eine Gefahr für das Kind, so legt er, wie wir weitersehen werden, die Zange an und extrahiert, findet man bei dem Versuch einer Wendung einen großen Kopf zu einem relativ engen Becken, so soll man von der Wendung absehen und den Kopf in Scheitellage einzustellen versuchen. Wenn nach dem Blasensprung sich der Uterus stark um das Kind zusammengezogen hat, so gelingt selten die Scheitelbeineinstellung, und man kann durch Wendung das Kind zu retten suchen. Er fährt fort: „wenn es damit gelingt (nämlich mit der Scheitelbeineinstellung) und die Frau stark ist, verfährt man wie bei einem natürlichen Gebären. Geht aber dieses nicht an, so wird es ratsamer sein, mit Geduld zu warten, bis der Kopf heruntersteigt, so, daß er mit (with!) der Zange entbunden und somit das Kind gerettet werden kann."

Aus dem Folgenden ergibt sich, daß es wahrscheinlich „withaut" heißen sollte." Bleibt er aber auf dieser Art immer so hoch zurück und die Frau ist schwach, so kann man einen Versuch mit (!) der Zange machen und sollte es damit nicht gehen, so muß man seine Zuflucht zum Haken nehmen, weil das Leben der Mutter allzeit mehr als das des Kindes in Betracht zu ziehen ist".

Alsdann warnt Smellie nochmals im Beckenausgang den Kopf zulange wegen der Gehirntraumen stehen zu lassen und beschreibt den Mechanismus einer Beckenausgangszange bei Gesichtslage mit anschließendem Dammschutz. Sehr genau stellt er die Anlegung der Zange bei einer mento-posterioren Lage dar, er sagt: „wenn das Kind nach dem Heiligenbein zusteht, und das Hinterhaupt zwischen die Schultern hinten gepreßt wird, so daß das Gesicht nicht unter dem Schamknochen herausgehen kann, so muß der Kopf mit der Hand nach dem Oberteil des Beckens hinausgetrieben und die Zange eingebracht und an die Ohren gelegt werden. Das Hinterhaupt muß nach einer Seite des Beckens gewendet werden, und das Kind zur andern Seite und womöglich nach dem unteren Teil des Hüftbeins zugewendet werden. Nochmals muß das Hinterhaupt in

die Höhlung des Heiligenbeins, das Kinn aber unter die Schambeine gebracht und dann entbunden werden. Wenn dies nicht geschehen kann, so muß das Hinterhaupt mit der Zange unter die Schambeine gezogen werden und zu gleicher Zeit mit den Fingern der anderen Hand das Kinn und das Vorderhaupt hinterwärts und aufwärts in die Höhlung des Kreuzbeins zugetrieben werden." Dann legt er in verständlicher Weise das Anlegen der Zange bei Querstand dar und erklärt den Mechanismus des Austritts des Gesichts bei nach vorn und nach hinten liegendem Kinn. Dringend warnt er vor der Täuschung des Tiefstandes des Gesichts im Becken, wenn man ihn durch den Stand an dem Schambein beurteilen will; wichtig ist allein der Stand am Heiligenbein. Weiterhin ist besondere Vorsicht beim Querstand des Gesichts geboten, hier gibt die Zange oft zu Scheidenrissen, ja durch Mitgreifen des Muttermundes zur Extraktion von Kopf mit Gebärmutter Anlaß.

Beachtenswert sind die von Smellie gesammelten Fälle, die von ihm veröffentlicht wurden. Ich fand darunter mehrere Gesichtslagenfälle und sogar zwei mento-posteriore Lagen.

In einem Fall handelte es sich um eine Gesichtslage, wo der Kopf schon ⅔ im Becken stand. Er legte die Zange an und extrahierte ein lebendes Kind. In einem anderen Falle legte er seitwärts die Zange an, mußte aber mit der linken Hand das Kinn unterstützend herunterdrücken. Bei einer mento-posterioren-Lage versuchte er ohne Erfolg zu wenden, da der Widerstand der Gebärmutter zu stark war; nach zweimaligem Anlegen der Zange gelang ihm die Extraktion eines lebenden Kindes. Zum Schluß sei noch ein Fall einer mento-posterioren Lage erwähnt, indem ihm weder die Wendung noch die Zange gelang, er mußte hier mit dem scharfen Haken die Geburt beendigen.

Somit hatte also Smellie der Geburtshilfe bei den Gesichtslagen ein neues Mittel in die Hand gegeben, nämlich die Zange.

In für damalige Verhältnisse sehr kurzer Zeit hatte man sich der Semmlie'schen Ratschläge angenommen, schon 1756 beruft sich Johannes Ehrenfried Thebesii in seiner Hebammenkunst des öfteren auf die englische Zange. Er bietet nichts Neues in seinem Werk, vielleicht könnte man hier seine Methode, ein totes Kind in Gesichtslage zu entwickeln, anführen. Er schlägt vor, 2 Finger in den Mund des Kindes bis zum Halse hinaufzu-

schieben und das Kind gleichsam wie mit einem Haken herauszuziehen.

In diese Zeit fällt auch das Wirken eines Jac. Plenk und Raphael Steidele. Plenk hielt diejenige Lage für die „natürlichste", wenn der Kopf so in das Becken eintritt, daß das Gesicht gegen das Heiligenbein und das Hinterhaupt zum Schambein gerichtet ist. Er fühlte dabei wohl, daß auch andere Lagen natürlich verlaufen könnten und gebrauchte daher den Superlativ zur Bezeichnung derselben im System. Mit Bestimmtheit hat er sich jedoch nicht darüber ausgesprochen, inwiefern auch andere Lagen der Natur überlassen werden können. Im Gegenteil, er hat bei Steiß-, Fuß- und Gesichtslagen immer zu operieren angeraten. Er gibt zwar zu, daß eine Gesichtslage natürlich verlaufen könne, „allein", setzt er hinzu, „die meisten solcher Kinder würden tot oder sehr schwach geboren werden".

Sein Zeitgenosse Steidele, gleichfalls ein Wiener Geburtshelfer veröffentlichte die Grundsätze des Plenk in einem Buch der Hebammenkunst. Hierin bezeichnet er die Gesichtsgeburt als für die gefährlichste für das Kind, weil durch starke Zurückdrückung des Kopfes die Halsgefäße sehr gespannt werden und somit verengert, wodurch das Kind wegen des gehinderten Kreislaufs des Geblüts gar bald an Schlagfuß sterbe, wenn man nicht schnellstens die Geburt durch künstliche Hilfe beendet. Nur wenige Gesichtsgeburten können der Natur überlassen bleiben. Wenn das Gesicht eintritt, dessen Kinn bei dem Heiligenbein und Stirn am Schambein, oder dessen Kinn am Schambein und Stirn am Heiligenbein steht, so muß die Einrichtung gemacht werden. Im ersten Fall legt man die Frau mit dem Rücken aufs Querbett, man bringt die rechte Hand über das Gesicht zur Brust des Kindes und hebt nun diese, soweit man kann, in die Höhe, indem man zur gleichen Zeit von außen mit der linken Hand über die Schambeine drückt. Der Kopf soll dadurch in eine natürliche Lage gebracht werden, dann aber mehr mit der Stirn, die von einem Bein herabgefallen ist, als mit dem Scheitel voraus durch den Ausgang durchgehen.

Im 2. Fall legt man die Gebärende auf Hände und Knie im Querbett und bringt die Hand von rückwärts zwischen dem Gesicht und die Schambeine bis zur Brust hinauf, und hebt diese ebenfalls, soweit man kann, in die Höhe. Nach glücklich vonstatten gegangener Einrichtung legt man die Gebärende wieder

auf den Rücken und erwartet die Geburt. Sollte man aber, weil man zu spät gerufen worden ist, die Einrichtung nicht mehr machen können, so ist es besser, die Geburt der Natur zu überlassen. Als dritte und vierte Gesichtslage bezeichnet er den Querstand des Gesichts. Bei dieser Geburt kann man weder einrichten, noch sie der Natur überlassen, weil der Kopf teils wegen seines Querstandes, teils wegen den sich zwischen Vorberg und Schamberg einkeilenden Schultern unmöglich geboren werden kann; man muß in diesen Fällen unverzüglich Wendung und Extraktion vornehmen. Auch Steidele findet somit schon Griffe, die später beim Schatz'schen Verfahren besonders hervorgehoben wurden, nämlich nicht nur die Einwirkung auf den Kopf, sondern auch auf den Rumpf.

In Kürze sollen nun noch einige Anhänger des operativen Verfahrens bei Gesichtslagen angeführt werden.

In England war es vor allen Dingen Foster, zwar hatte schon einige Jahre vorher Hammilton in England die Regel angegeben, alle Gesichtsgeburten der Natur zu überlassen und wegen der Gefährlichkeit gewarnt, auch nur den Versuch einer Einrichtung oder Wendung zu machen, da außerdem die Gesichtsgeburt auch eine natürliche sei, die also der Natur überlassen werden müsse. Foster aber tritt entschieden für die Einrichtung des Kopfes und, wenn diese unmöglich sei, für die Wendung ein; bemerkt man nach ihm jedoch ein enges Becken, so soll man von der Wendung Abstand nehmen und die natürliche Lage herstellen und, solange es die Sicherheit der Mutter erlaubt, abwarten. Ist der Kopf durch obige Mittel ins Becken gebracht und geht dann nicht fort, so soll man die Zange anlegen. Foster nannte dies „eine verwickelte Entbindung".

Weit vorsichtiger in der Beurteilung der Gesichtslage war Deleurye in Paris 1778. Er hält sie für sehr langwierig, sagt aber von ihnen, daß sie ohne Kunstgriffe endigen können. Als Aetiologie sieht er ebenfalls die Schieflage der Gebärmutter und den schnellen Blasensprung an. In der Einteilung der Gesichtslage folgt er seinen Vorgängern. Dagegen verwirft er die Kopfeinstellung, da man der Frau zu viel Schmerzen macht und unnütz Zeit verschwendet, sondern bei zeitiger Hilfe will er sofort gewendet wissen und die Extraktion anschließen; kommt man jedoch zu spät, so soll man alles der Natur überlassen, rückt der im Becken stehende Kopf nicht weiter, so ist er einge-

keilt, als Hilfe ist hier der Zangenversuch zu machen, wo kein Erfolg, bleibt nur die Perforation übrig.

Wir sehen also, daß Deleurye sich schon für die abwartende Behandlung bei Gesichtslagen einsetzt und sie verteidigt.

Noch einmal fand in Frankreich die Ansicht von der Notwendigkeit des operativen Verfahrens bei Gesichtslagen einen feurigen Anhänger und Verteidiger in Baudeloque (1781). Obwohl er wußte, daß die Geburt auch „awéc une étonnante facilité" vor sich ging, so ging doch seine Meinung dahin, daß wegen der schlechten Prognose für das Kind eine Umwandlung nötig sei. Baudeloque hat die Umwandlung durch genau beschriebene Handgriffe ausgeführt und bestimmte Indikationen und Voraussetzungen festgelegt. Aber wir werden sehen, daß mit Baudeloque die erste Periode der Umwandlung beendet ist, und der von Deleurye beschrittene Weg in der Geburtshilfe weiter verfolgt wird. Denn um das Jahr 1800, ja sogar eigentlich 15 Jahre früher, macht sich unter Zeller eine strenge Kritik über die Auffassung einer Gesichtsgeburt zugunsten der exspektativen Behandlung geltend.

Baudeloque unterschied 4 Arten der Gesichtsgeburten. Die erste mit dem Kinn am Schambein und der Stirn am Promontorium. Die zweite umgekehrt, d. h. Kinn am Promontorium und Stirn am Schambein, die dritte mit der Stirn am linken Beckenrand und dem Kinn am rechten, die vierte wie die dritte, nur umgekehrt. Die letzteren zwei sind nach ihm die häufigsten. Er hält die Gesichtsgeburten für äußerst schwer und langdauernd und will die Lage des Kopfes verbessert wissen, indem er das Kinn in die Höhe schiebt und den Hinterkopf herunterdrückt. Wenn dies nicht möglich ist, und augenblickliche Beendigung der Geburt vonnöten, so soll man wenden und extrahieren. Bei der manuellen Einrichtung weist er besonders darauf hin, daß weniger wichtig der Druck auf das Kinn wie der auf den Hinterkopf ist, steht der Kopf selbstverständlich im Becken fest, so ist diese seine Methode unmöglich und es bleibt nur die Perforation übrig.

Bei der ersten und zweiten Gesichtslage kennt Baudeloque als einzigen Ausweg nur die Wendung. Bei der dritten Lage bedient er sich folgenden besonderen Verfahrens: Wenn man den Kopf in seine richtige Lage bringen will, so muß man die

rechte Hand an die linke Beckenseite soweit in die Geburtsteile bringen, daß man die Finger über dem Hinterhaupt zurückbeugen und es auf diese Art niederwärts zu sich ziehen kann, sollte der Kopf indessen schon in den Beckengrund herabgesunken sein, ohne doch letzteren so genau auszufüllen, daß man die Finger nicht weit genug über das Hinterhaupt hinaufbringen könnte, so müßte man das Gesicht mittels einiger, an der oberen Kinnlade und an der Seite der Nase angelegten Finger zurückzuziehen versuchen; könnte man auf diese Art den Unterteil des Gesichts zurückstoßen, so würde man der anderen Hand am Hinterkopf einen freien Weg bahnen. Allein, da man im Fall einiger Schwierigkeiten beim Zurückschieben des Gesichts nicht mit soviel Vorsicht auf die angegebene Stelle wirken kann, so täte man besser, um nicht diese Teile zu schädigen, den Hebel am hinteren Teil des Kopfes anzusetzen.

Mit Baudeloque hatte die Begeisterung der Geburtshelfer für die Umwandlung ihren Höhepunkt überschritten. Zeller, Boer und Lachapelle führten die abwartende Behandlung auf den von Deleurye und anderen bereits gewiesenen Weg dem Siege zu. Sie waren es, die durch zum Teil glänzende Statistiken, wie sie z. B. Boer in größerem Maß gebracht hatte, nachwiesen, daß eine Spontangeburt bei Gesichtslagen die Regel ist.

Mit dieser Erkenntnis fiel natürlich auch die Umwandlung in der Behandlung der Gesichtslage der Vergessenheit anheim. Simon Zellers „Grundsätze der Geburtshilfe" (1761) weisen nichts Bemerkenswertes auf. Er stellt sich auf Grund seiner Erfahrungen — er hatte nämlich von 40 Gesichtsgeburten nur 2 tote Kinder — auf das exspektative Verfahren ein. Bei mentoposteriorer Lage schlägt er die Einrichtung mit der Zange vor und beschreibt die Technik derselben bis aufs Genaueste.

Sein Nachfolger Boer (1791) versuchte an Hand von Statistiken die Häufigkeit und Ungefährlichkeit der Gesichtslagen zu beweisen. Nach Siebold soll Boer selbst ein eifriger Operateur gewesen sein, erst die starke Inanspruchnahme auf den Gebärsaal, wo er an den nebenstehenden Betten, da zur Zeit keine Hilfe zur Verfügung stand, sah, daß die Gesichtsgeburten sich spontan erledigten, ließ ihn zu der neuen Weisheit kommen. Ueber die Häufigkeit der Gesichtslagen klärt uns folgende Statistik Boers auf:

Unter Kopfgeburten	waren	Gesichtslagen
924		16
922		14
972		18
2105		23
2294		13
941		7
7234		91

oder 1 : 79,5, also auf 100 Geburten nicht einmal 2 Gesichtslagen. In seinen Abhandlungen und Versuchen geburtshilflichen Inhalts schreibt er über die Behandlung „derjenigen Geburten, wo das Kind mit dem Gesicht vorankömmt". „Bisher bestand die Meinung, daß die Gesichtslage bei der Ueberlassung der Natur außerordentliche Mühe an die Mutter stelle und selten ohne künstliche Hilfe beendet werden könne, und wenn ohne, dann nur mit großem Schaden für die Frucht; man solle daher von vornherein die Geburten nicht der Natur überlassen, sondern mittels Handgriffe die Einrichtung vornehmen oder den Hebel benutzen, geht dies nicht, so solle man wenden, noch schlimmer seien die Geburten, wo das Kinn sich gegen die Beckenseite stemme, da solche Geburten von Natur aus nicht vollendet werden können, und wenn der Kopf vorrückte, so doch die Schultern ein weiteres Hindernis darstellten." In diesem Irrtum brachte Boer Licht herein, wenn er weiter fortfährt: „Die Gesichtsgeburten sind eine seltene Gattung natürlicher Geburten, wenn die Geburt mal langsam vor sich geht, so geschieht das aus dem Grunde, der andere Geburten auch langsam vorsichgehen macht. Ebenso ist es eine theoretische Grille, zu glauben, daß die Kinder in den Gesichtsgeburten wegen der venösen Stauung sterben. Diejenigen, die dem gemeinen Gebrauch zufolge, immer noch Gesichtsgeburten wenden und einrichten, belieben drei begrenzte Fälle nacheinander anzuführen, in denen durch ihre Kunstgriffe Mutter und Kind so glücklich davongekommen wären, wie es hier in so vielen Niederkünften geschah und ohne Zweifel in Zukunft auch in dem Verhältnis geschehen wird."

Zur selben Zeit war es Roederer (1793), der noch, vielleicht durch die eigenartigen Ansichten über den Geburtsmechanismus veranlaßt, die operativen Methoden in Deutschland vertrat.

So kennt er gleichfalls vier verschiedene Gesichtslagen; die erste, wenn infolge zu starker Wehen die Stirn vom Schambein

zurückgehalten, das Kinn aber nach dem Heiligenbein gerichtet wird; zur Therapie der ersten Lage sagt er folgendes:

a) Ist die Wehe kräftig und der Teil, der auf den Beckenrand steht, nicht sehr groß, so kann die Natur, wenn auch langsam, indem dieser Teil nach und nach in das Becken geschoben wird, die Geburt vollenden.

b) Wird der Geburtshelfer gleich nach dem Blasensprung geholt, so kann er

I. Rückenlage einnehmen lassen,

II. seine Hand in die Gebärmutter bringen, die Finger spreitzen, um den Hals herumfahren, ohne ihn jedoch zu drücken und versuchen, so stark wie möglich die Schultern zurückzuschieben; dadurch soll die Lösung der Stirn vom Schambein durchgeführt werden. Der Kopf sinkt von selbst ins Becken und kann mit geringer Mühe in seiner Achse gebracht werden. Das Zurückbringen seiner Achse geschieht mittels Fingers oder Hebels, die man zwischen Stirn und Schambein ansetzt. Kommt hierzu jedoch Schiefstand des Uterus oder liegt ein großer Teil des Gesichts über dem Schambein, so soll man nicht versuchen, den Kopf in die richtige Lage zu bringen, sondern so schnell wie möglich die Wendung auf die Füße machen, oder wenn dies nicht möglich ist, die Zange anlegen. Ist zum Schluß der Geburtsweg zu eng, so bleibt nur die Enthirnung übrig.

Die zweite Art von Gesichtslagen ist die, wenn die Frucht rückwärts gelegen ist, die Wehen sich zu früh und plötzlich einstellen, und daher die Stirn auf den Vorberg ansteht, das Kind also gegen das Schambein gerichtet ist. Starke Wehen vollenden die Geburt; dem Geburtshelfer steht folgende Hilfe zur Verfügung: Er bringt die hohle Hand an der hinteren Wand in die Scheide, indem der Rücken der Hand gegen den Mastdarm und die Beuge gegen den Kopf gerichtet ist. Nachdem so die Hand bis unter die Stirn gebracht worden ist, drückt er bei dem ersten Drang der Wehen die Stirn gegen die Schamknochen zu. Wenn die Hand nicht hinlänglich ist, kann man sich des Hebels bedienen. Vermöge dieses Handgriffs kann man dann die Wendung anschließen oder die Zange anlegen. Ist das Kind tot, so kann man zwei Finger in seinen Mund stecken, und diese als Haken benutzen und den Kopf herbeiziehen (ein Vorschlag, der übrigens schon von Johann Ehrenfried gemacht worden ist).

Die dritte Art ist die Querlage des Gesichts. Hier kann man

a) Stirn- oder Hinterhaupt ins Becken drücken,
b) wenn sich der Kopf nach vorn oder hinten richtet, und man die Schultern an der Seite bemerkt, die Geburt der Natur überlassen.

Wenn die Schultern an den Knochen festsitzen, so entsteht eine neue Art der Geburt, nämlich die vierte Gesichtslage nach Roederer. Hier zeigt sich der Scheitel zwar zuerst, die Gebärmutter hängt in der Achse des Beckens, das Kind ist aber so gegen die Seite gekehrt, daß das Gesicht nach einem von den Sitzbeinen sieht und eine Schulter an dem Schambein, die andere an dem Heiligenbein hängt (vgl. hiergegen Naegele, Mechanik der Geburt).

Kurz vor die Jahrhundertwende fallen noch die Herausgabe des Lehrbuches der Hebammenkunst von Osiander und die Beiträge der Geburtshilfe von A. S. Nolde, Rostok.

Aus dem ersteren sei kurz das angeführt, was Osiander über Gesichtslagen sagt: „Diese fehlerhafte Lage verursacht eine der schwersten Geburten, die Hebamme erkennt sie an Auge, Nasenlöcher und Kinnlade, untersucht sie nicht mit Vorsicht, so kann sie auf einem, das Kind um das Gesicht bringen und den Mund so verschwollen machen, daß das Kind tagelang nicht saugen kann. Hier muß durchaus ein Geburtshelfer und zwar je eher je lieber gerufen werden, wenn es nicht unglücklich für das Kind auslaufen soll." Wie Osiander über den operativen Teil der Gesichtslage dachte, werden wir weiter unten sehen. Nolde brachte in seinen Beiträgen nur Althergebrachtes. Es erübrigt sich somit, die diesbezüglichen Stellen wörtlich anzuführen.

Einen eifrigen Verfechter der Lehren Roederers fand die Geburtshilfe in F. B. Osiander; im Jahre 1792 folgte Osiander einem Ruf als Ordinarius für die Geburtshilfe der Universität Göttingen, wo er am 9. Oktober desselben Jahres anlangte und noch am selben Tage nachmittags 3 Uhr seinen neuen Beruf mit einer wegen Lage des Gesichts unter den Schoßbeinen notwendigen Zangengeburt anfing.

Von dem Grundsatze ausgehend, daß nur wahre Kunst der Geburtshilfe Sicherheit und Hilfe verschaffen kann, und daß daher die Kunsthilfe aufgeschoben werden und die Gebärende nicht dem Zufall überlassen werden darf, setzte sich Osiander

als Hauptaufgabe seiner Arbeit das Ziel, zu lehren, auf welche Weise und auf welchem Wege dies zu erreichen sei.

In seinem Grundriß der Entbindungskunst lehrt er selbstverständlich noch die manuelle Umwandlung von Gesichtslage in Schädellage. Interessant ist noch zu hören, was Osiander über die Ursachen der Gesichtsgeburten meint. Nach seiner Ansicht soll eine elterliche auf den Foetus vererbte Anlage, den Kopf auf eine gewisse Weise auf den Schultern zu tragen, ja sogar ein bestimmter Augenaufschlag von Vater und Mutter, hervorgerufen durch ein Ueberwiegen der den Bulbus Okuli aufwärts richtenden Muskeln, dem Kind zu einer Gesichtslage verhelfen.

Aus dem oben Gesagten ergibt sich, daß Osiander an den Bestrebungen der Wiener Schule keinen Anteil nahm, ja, er versuchte sogar, die Urheber dieser Bestrebungen teilweise mit den schärfsten Waffen des Hohn und Spotts anzugreifen.

Versöhnend tritt in den Kampf der operativen Geburtshilfe und natürlicher Geburtskunde im Jahre 1808 Elias von Siebold ein. War es ihm doch schon allein dadurch, daß es ihm vergönnt gewesen war, sowohl Osiander wie Boer persönlich zu hören und von ihnen zu lernen, möglich, nicht eine einseitige, sondern eine weitsichtige Auffassung zu gewinnen.

Seine Meinung über die Geburtshilfe legte er in dem Lehrbuch für Hebammenkunst und in dem Lehrbuch der theoretischen Entbindungskunde nieder. Gesichtsgeburten nennt er diejenigen, in denen sich das Gesicht unmittelbar dem Muttermund anbietet. Sie dürfen nicht mit den Scheitelgeburten, wobei das Gesicht nach der Schambeinverbindung gerichtet ist, verwechselt werden. Bei der Gesichtslage ist die Lage des Kopfes regelwidrig, weil der Kopf mit einem größeren Durchmesser als gewöhnlich ins Becken tritt. Sie bleibt deswegen eine der schwersten Kopfgeburten, kann aber doch in bestimmten Fällen ohne Gefahr für Mutter und Kind durch eigene Kräfte der Natur, wiewohl langsamer vor sich gehen.

Ueber die Handlungsweise der Hebammen bei Gesichtsgeburten sagt Siebold folgendes: Eine Gesichtsgeburt, die man den Naturkräften überlassen kann, hat die Hebamme wie eine regelmäßige Kopfgeburt zu behandeln. Nur wenn sie die Gesichtslage in der I. und II. Geburtszeit erkennt, kann sie die Gebärende auf die Seite hinlegen, gegen welche die Stirn gekehrt

ist. Nach dem Wasserabgang hüte sie sich, am Kopfe etwas mit den Fingern oder der Hand einzurichten und das Gesicht durch öfteres rohes Untersuchen zu verunstalten. In der IV. Geburtszeit hat sie das Mittelfleisch, welches hier sehr gespannt wird, mit der größten Sorgfalt zu unterstützen und das Kind wegen der sehr oft großen Geschwulst im Gesicht, der Mutter nicht eher zu zeigen, als bis sich diese verloren hat. Erfolgt der Wassersprung aber zu früh, steht die Stirn tiefer als das Kinn, ist das Becken enge, der Kopf zu groß oder rückt er nicht weiter, nimmt die Geschwulst zusehends zu, oder nehmen die Wehen ab, so ist auf der Stelle die Hilfe eines Geburtshelfers anzusprechen. Ueber die Behandlung der Gesichtslage lehrt Siebold folgendes: „Bei der Gesichtsgeburt kommt es weit mehr darauf an, von der anzuweisenden Lage möglichst früh eine Anwendung zu machen, und durch die Untersuchung genau von dem Stande des Kinns und des Scheitels unterrichtet zu sein, um dadurch eine Selbstwirksamkeit der Natur gegen den notwendigen Punkt des Kopfes herzuleiten. Steht die Stirn am vorderen linken Endpunkt des schiefen Durchmessers und das Kinn an der rechten Kreuzhüftbeinvereinigung, so läßt man die Gebärende auf die linke Seite in einem hohen Grade vorwärts liegen (bei entgegengesetzter Lage analog).

Auf die linke und rechte Seite rückwärts ordnet man die Lage an, wenn die Stirn nach der linken oder rechten Kreuzhüftbeinvereinigung, das Kinn aber nach dem jedesmal entgegengesetzten vorderen Endpunkt des schiefen Durchmessers gekehrt ist. Uebrigens muß bei der Gesichtsgeburt noch mehr als bei der Scheitelgeburt Rücksicht darauf genommen werden, daß man bei dem Verlauf der Geburt nicht ein und dieselbe Lage anwendet, und sich auf diese Mittel unbedingt verlasse, hauptsächlich wo der Zeitpunkt für seine vorteilhafteste Anwendung vorüber ist, und die Tätigkeit der Natur oder die Kunst auf andere Weise die Geburt glücklich beendet."

Sehr richtig betont Siebold dann, daß die Anwendung infolge zu späten Rufens meistens nicht mehr für den Praktiker in Frage kommt und daher nur für die Entbindungsanstalten einen Wert hat.

Für die Beseitigung der normalwidrigen Lage des Kopfes gibt er folgende besonderen Regeln an: Bei Gesichtsgeburten empfiehlt man der Gebärenden, die Lage nach derjenigen Seite,

nach der die Stirn gerichtet ist, einzunehmen, bringt dann 4 Finger der Hand so hoch wie möglich über den Scheitel gegen das Hinterhaupt hinauf, den Daumen aber setzt man gegen das Kinn und schiebt dieses in die Höhe, während man das Hinterhaupt herableitet. Bei Einkeilung oder stehender Geburt bei tiefem Kopfstand soll man, wenn schnelle Entbindung erforderlich ist, zur Zange greifen.

Wir sehen also in Siebold einen Geburtshelfer, der wohlweislich abwägend das Pro und Kontra sowohl der operativen wie der espektativen Behandlung bei Gesichtslagen ausspricht.

Voll und ganz trat Froriep (1814) für die Wiener Schule ein. In seinem Handbuch der Geburtshilfe spricht er der Gesichtsgeburt die Gefährlichkeit ab. Die Gesichtsgeburten können nach seiner Meinung sehr wohl durch Naturkräfte ohne Nachteil für Mutter und Kind beendet werden. In dem Kapitel über die einzelnen Gesichtslagen bringt er nichts Besonderes. In der Therapie vertritt er den Standpunkt seines Lehrers Boer, wenn er folgendes über die Gesichtslage sagt: „Die regelmäßigen Gesichtsgeburten erfordern im allgemeinen keine andere Behandlung, als die Kopfgeburten, und sehr mit Unrecht hat man vorgeschlagen, gleich mit einer Wendung sie zu beenden, indem die Sterblichkeit der Kinder bei der Wendung sehr groß, bei den Gesichtslagen aber nicht beträchtlicher als bei den Kopfgeburten ist.

Man unterstützt bei der Geburt sorgfältig das Mittelfleisch und trägt nach der Geburt Sorge, daß das Kind, dessen Gesicht durch die Geschwulst oft alles menschenähnliche Aussehen verloren hat, der Mutter nicht gleich, sondern erst dann, wenn die Geschwulst verschwunden ist, gezeigt wird. Da die Gesichtsgeburten aber länger dauern als die Kopfgeburten, so kann man, wenn man früher gerufen wird, ehe der kleine Kopf ins Becken getreten ist, und der Natur nichts zutraut, mit der Hand in einem der schiefen Durchmesser ins Becken in die Höhe gehen und versuchen, ob sich der Hinterkopf leicht fassen, leicht herunterziehen, das Kinn hinaufschieben und auf diese Art die Gesichtslage sich in eine Kopflage verwandeln läßt.

Ist hingegen der Kopf schon ins Becken eingetreten, so lasse man ja das Gesicht stehen, wo es steht; die Geburtstätigkeit wird das Kind schon hervortreiben.

Man hat (vergl. Siebold) vorgeschlagen, die Gesichtslage dadurch, daß man die Gebärende in eine bestimmte Lage bringt, günstig zu beeinflussen. Es steht der Anwendung dieses Vorschlages nichts im Wege, nur muß man sich nachher in acht nehmen, daß man nicht das post hoc mit dem propter hoc verwechselt. Ist aber die Gesichtsgeburt wegen irgend einer Ursache regelwidrig, rückt sie gar nicht vorwärts, muß sie beschleunigt werden, so bleibt mit einigen Modifikationen keine andere Hilfe übrig, wie sie die gewöhnlichen Kopfgeburten unter denselben Umständen erfordern."

En ebenso begeisterter Anhänger der Wiener Schule wie Froriep war Christian Gottfried Jörg.

Seine Absicht war die, die von Boer aufgestellten Grundsätze der Geburtshilfe mehr zu verbreiten und anderen Geburtshelfern auf dem Wege durch schriftstellerische Tätigkeit zugängig zu machen. In seinem Handbuch der Geburtshilfe unterscheidet er drei Arten von Kopfgeburten, für uns hat die dritte, nämlich die Gesichtsgeburt Interesse. Sie wird so genannt, weil in der Geburt das Gesicht voran liegt. Da aber das Gesicht bei der Geburt in verschiedenen Richtungen zum Beckenraum vorausgeht, muß man nach Jörg auch vier Unterarten der Gesichtslagen unterscheiden.

Die erste Art ist die, wenn die Stirn sich nach der rechten Kreuzhüftbeinvereinigung einstellt; hier bemerkt Jörg sehr richtig, daß eine Drehung des Kinns zur Schambeinvereinigung eintreten muß.

Die zweite Art ist analog der ersten, nur das rechts mit links vertauscht ist, und das Kind sich von der linken Seite zur rechten dreht.

Die dritte Art verläuft schon schwieriger, das Kind stellt sich beim Eintritt ins kleine Becken mit dem Kinn hinter den rechten Regulator (articulatio sacro-iliaca), mit der Stirn vor den linken, der Kopf dreht sich nun so, daß der Scheitel an die Schambeinvereinigung zu stehen kommt, das Kinn aber an der Kreuzbeinhöhlung steht.

Die vierte Art entspricht der dritten im umgekehrten Sinne von rechts nach links.

Die Schwierigkeit bei den letzten beiden Arten liegt darin, daß das Kinn über dem Damm geboren werden muß. Jörg warnt vor vorzeitigen Eingriffen bei Gesichtslagen und sagt, die

erste und zweite Gesichtslage verliefe ebenso schnell wie eine Hinterhauptslage, dagegen machte die dritte und vierte Lage Schwierigkeiten, die jedoch erst bei Austritt des Kopfes in Erscheinung treten, da der Scheitel am Schambein keine Höhlung findet und die Stirn nicht nach den mechanischen Grundlehren wie das Kinn durch den Schambogen heraussteigen kann.

Als Aetiologie sieht Jörg lediglich das Hängenbleiben der Stirn am Beckenbein an.

Trotz der aufklärenden Arbeiten eines Siebold, Froriep und Jörg machten sich dennoch hin und wieder Stimmen gegen das exspektative Verhalten für die Umwandlung der Gesichtslagen bemerkbar.

So war es vor allem Wigand (1820) in seiner „Geburt des Menschen", der für eine gewisse Umwandlung der Lage bei eingekeilter mento-posteriorer Gesichtslage, bevor man die Zange anlegt, rät.

Man soll nämlich versuchen, aus der Gesichtslage durch kräftiges Drücken des Kinns und des Gesichts, das letztere aus der Kreuzbeinhöhlung zu heben. Er selbst gibt zu, nur sechs Gesichtslagen gesehen zu haben und macht hierfür die Aetiologie haftbar, indem er sagt: nur die Köpfe von kleinen oder doch nur mittelmäßig großen, nicht sehr fetten, aber biegsamen und schlanken Kindern kehren sich bei der Geburt zu Gesicht.

Zur selben Zeit war es Lachapelle, die in Frankreich die abwartende Behandlung durchsetzte; an Hand ihres Materials und der damit gemachten Erfahrungen machte sie die Probe auf das Boer'sche Exempel. Sie kam zu demselben Ergebnis wie Boer. So hat sie in ihrem Buch über die Geburtshilfe folgende Statistik veröffentlicht.

Von 15 652 Geburten hatte sie 72 Gesichtslagen, davon

Spontan	41	38	—	3
Zange	4	3	1	—
Wendung	20	17	3	—
Rédressment	7	7	—	—
Behandlgs.-Ergebnis		lebend	tot	faul

Man sieht also, daß die Spontangeburt relativ die besten Resultate zeigte.

In Frankreich schloß man sich im allgemeinen der Lehre Lachapelles an.

In Deutschland hatte man gleichfalls die Umwandlung zum größten Teil verworfen.

Im Jahre 1824 erschien ein „Handbuch der niederen Geburtshilfe" von Ritgen. Er brachte in seinem Buch nichts neues zur Behandlung der Gesichtslage, schlägt vor, bei freibeweglichem Kopf den Versuch der Einrichtung, bei feststehendem Kopf jedoch alles den natürlichen Kräften zu überlassen. Besondere Aufmerksamkeit widmete er der Schwierigkeit der Diagnosen von Gesichtslagen.

Aus dem 1. Vierteljahrhundert ist als Letzter noch Capuron (1823) zu erwähnen. Dieser schloß sich noch der älteren Anschauung der Dystokie der Gesichtslagen an und schlug die Wendung vor, vertrat aber merkwürdigerweise die Umwandlung, obgleich er ihr Gelingen in Zweifel stellte.

Rund 20 Jahre war völlige Ruhe in den Kampf um die Behandlung der Gesichtslage eingetreten. Man hatte sich im allgemeinen der exspektativen Behandlung zugewendet, und somit trug die Wiener Schule den Sieg davon.

Aber die Ruhe sollte nicht lange dauern; im Jahre 1843 schon gab Hildebrand einen Fall von manueller Umwandlung von Stirn in Gesichtslagen bekannt. Dies war der Anstoß, sich mit der manuellen Umwandlung von Gesichtslagen von neuem zu beschäftigen.

So war es Roßhirt (1843), der bei Gesichtslagen ein dem Baudeloque I sehr ähnliches Verfahren bei hohem Kopfstand oder Stand im Beckeneingang und allgemeinen günstigen Beckenverhältnissen, wie normalen Wehen vorschlägt.

Gleichzeitig forderte in Frankreich Caçeaux zur Umwandlung der Gesichtslage auf und zwar besonders, wenn nach Blasensprung bei normalen Verhältnissen des Beckens und der Wehen, der Kopf nicht ins Becken eintritt und in mentoposteriorer Lage steht. Bei leicht verengten Becken ist gleichfalls vor dem Zangenversuch der Umwandlungsversuch anzuraten.

Wenn auch hier und da Stimmen zur manuellen Umwandlung laut wurden, so vertraten dennoch einige die exspektative Behandlung und bezeichneten die Umwandlung als gefährlich und erfolglos. Scanzoni (1849) widmete in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe ein längeres Kapitel der Gesichtslage. Bei ihm fand ich als erstem eine Anmerkung über die Herztöne bei Ge-

sichts- und Stirnlagen; er weist darauf hin, daß sich das Kinn an jener Seite befindet, an der die Herztöne am stärksten zu hören sind. Bedingung ist selbstverständlich, daß das Gesicht vollkommen vorliegt. Weiter gibt er eine vortreffliche Schilderung des Geburtsmechanismus bei Gesichtslagen, fordert die exspektative Behandlung und warnt vor frühzeitigem Eingriff. Bei Schiefstellung, — Scanzoni prägt hier den Begriff der Wangenstellung — schlägt er die Wendung vor. Bei der Besprechung der Zangenanlegung ist eine interessante Statistik verzeichnet: 11mal war Sc. gezwungen, bei im Becken feststehenden Gesicht einzugreifen. 5mal mußte er die Zange anlegen, mit dem Ergebnis, daß 5 Kinder starben, gleich 100 % und 2 Mütter. Bei den restlichen 6 Fällen nahm er die Wendung vor. Hier hatte er nur 2 Todesfälle kindlicherseits.

Ferner soll eine gut angelegte Statistik Sc. hier nicht vergessen werden.

Er hatte in der Zeit von 1845—49 7890 Geburten zu verzeichnen. Hiervon waren 56 Fälle Gesichtslagen, also ca. 7 auf 1000; von diesen 56 Lagen waren 37 I. Gesichtslagen und 19 II. Gesichtslagen. 43 Fälle konnte er genau auf ihren Geburtsmechanismus hin beobachten. Auf Grund seiner Beobachtungen kam er hier zu der Ueberzeugung, daß das Gesicht bei der I. Lage am häufigsten sich mit der Stirn nach vorn wendet, so, daß sich die Gesichtslänge dem rechten schrägen Durchmesser nähert. In den 43 Fällen, worunter sich 28mal die I. Gesichtslage einstellte, war dies 17mal der Fall. 9mal behielt das Gesicht seinen Querstand vollkommen bei, und nur 2mal fand er die Gesichtslänge bei noch sehr hoch stehendem Kopf im linken schrägen Durchmesser, die Stirn nach hinten links und das Kinn nach vorn rechts gerichtet. Bei den restlichen 15 Fällen, übrigens alles II. Gesichtslagen, drehte sich die Stirn 8mal nach vorn, 6mal blieb sie zur Seite stehen und 1mal machte sie die Drehung nach der Gegend der rechten Kreuzdarmbeinfuge.

Er stellt also folgendes Schema über 43 beobachteten Gesichtslagen nach ihrer Häufigkeit auf:

1. Stirn links vorn: 17mal,
2. Stirn links zur Seite: 9mal,
3. Stirn rechts vorn: 8mal,
4. Stirn rechts zur Seite: 6mal,

5. Stirn links hinten: 2mal,
6. Stirn rechts hinten: 1mal.

Zur selben Zeit ungefähr (1853) machte Credé einen Vorstoß gegen die exspektative Behandlung der Gesichtslagen, wenn er in den klinischen Vorträgen für Geburtshilfe folgendes sagt: „Bei III. und IV. Gesichtslage kann man in seltenen Fällen bei noch hochbeweglichem Kopf durch äußere oder innere Handgriffe diese Verbesserung herbeiführen".

Als Bedingung stellt er jedoch, daß die III. und IV. Lage sich nicht spontan in eine I. und II. Gesichts- oder I. und II. Schädellage einstellt. Trotzdem die exspektative Behandlung noch für einige Zeit die Oberhand behielt, war das Interesse für die Gesichtslage doch nicht eingeschlafen.

So war es Winkel (1859), der sich in einem Artikel über Gesichtslagen mit letzterer mehr befaßte und zu dem Schluß kam: daß bei dem sehr häufigen Vorkommen der Beckenenge (21,7 %), ferner bei der so oft ungewöhnlich langdauernden Geburt, in dem oft vorkommenden Vorfall kleiner Teile (6,5 %), der so häufig vorkommenden Kunsthilfe, dem so häufig ungewöhnlichen frühen Wasserabfluß, der verhältnismäßig oft vorkommenden Uterusruptur (1,5—2 %), der so hohen Mortalität der von ihr betroffenen Mütter (6 %) und wegen der häufigen Totgeburt der Kinder (14 % tot, 7,5 % asphyktisch) Gesichtslagen für Mutter und Kind häufig gefährlich sind, daß, wenn sie auch bei weitem Becken und kleinem Kind sowie kräftigen Wehen ebenso schnell und günstig verlaufen können wie Schädellagen, Abweichungen von diesem Verlauf jedoch viel häufiger als bei Schädellagen sind, daß daher für Mutter und Kind eine dubiöse Prognose zu stellen ist.

Im Jahre 1865 schreibt Birnbaum in seiner Abhandlung „Ueber die Regelwidrigkeiten in der Geburt" über die Gesichtslage: Die Gesichtslage als höchster Ausdruck der Schieflage des Kopfes ist die einzige Schieflage, die als solche, ohne Uebergang in die regelmäßige Haltung, dem Kinde einen günstigen Austritt gestattet. Der Austritt der Kinder in I. Gesichtslage ist lediglich eine Rückkehr derselben aus der regelwidrigen Haltung des Kopfes in die regelmäßige, die sich im Ausgang des Beckens vollendet. Aus seinen weiteren Erörterungen geht hervor, daß die Gesichtslagen, wenn das Kinn nach vorne geht, und die anderen Geburtsverhältnisse normal sind, allgemein günstig

sind. Sind aber andere Komplikationen, wie enges Becken usw. vorhanden, wodurch leicht Schiefstellungen hervorgerufen werden können, so soll die Hebamme den Arzt holen.

Dem Winkel'schen Standpunkt über die Gefährlichkeit der Gesichtslagen schloß sich Hodge an, wenn er die Gesichtslagen für häufig komplizierter hält und zu dem Schluß kommt, daß die Umwandlung in eine Hinterhauptslage selbstverständlich bei im Beckeneingang stehendem Kopf und verstrichenen Muttermund indiziert ist.

Zu einem großen Schlage holte Pippingsköld gegen die Wiener Schule im Jahre 1872 aus, indem er eine gelungene Umwandlung einer verschleppten Gesichtslage, bei der schon ohne Erfolg die innere Wendung versucht worden war, veröffentlichte. Daß er hiermit bei den noch unter dem Einfluß der Lehren eines Zeller und Boer stehenden Wissenschaftlern Aufsehen erregte, nimmt uns nicht Wunder.

Seine Veröffentlichung „Die manuelle Umwandlung der Gesichtslagen in Hinterhauptlagen" gab somit Anlaß zu weiteren Versuchen und zur Zeit sehr heftigen Diskussionen. Pippingsköld nahm einen von der damaligen Auffassung der exspektativen Behandlung der Gesichtslage vollkommen entgegengesetzten Standpunkt ein. Soweit es sich im Interesse für Mutter und Kind verantworten ließ, hielt er die abwartende Behandlung für nicht unangebracht, aber bei bestimmten Indikationen und in besonderen Fällen z. B., wenn das Kinn bei im Beckeneingang befindlichen Kopf sich lange nach hinten gerichtet hielt, schlug er vor, die Methode Baudeloque I anzuwenden.

Angeregt durch die Arbeit P. veröffentlichte Fritsch noch im selben Jahre einen Fall von Gesichtslagen, die er durch den Baudeloque I in eine Hinterhauptslage verwandelt hatte. Durch P. war also eine neue Anregung, sich mit der Gesichtslage zu befassen, gegeben.

So war es Ahlfeld, der sich in einer größeren Arbeit mit der Aetiologie der Gesichtslagen befaßte. Hierin betont er, daß die Entstehung der Deflektionslage nicht in einem ätiologischen Moment zu suchen ist, sondern in der Mehrzahl der Fälle mehrere Faktoren zu ihrer Bildung beitragen.

Die Gesichtslagen überwiegen bei Mehrgebärenden um ein Bedeutendes an Zahl, so wurden von ihm in der Klinik 26 Fälle beobachtet, wovon 7 I. P. und 19 M.-Gebärende, in der Poli-

klinik 6 I. P. und 21 M.-Gebärende gezählt wurden.

Die primär-ätiologischen Momente sind fast ausnahmslos bei der Frucht oder der Gebärmutter zu suchen.

Die sekundären gehen von den normalen und abnormen Verengerungen des Genitaltraktus aus. Eine bestimmte Beckenform scheint die Gesichtslage nicht zu beeinflussen. Hat man es aber mit reifen oder nahezu reifen Früchten zu tun, so sollen die Becken zur Entstehung der Deflektionslagen besonders geeignet sein, die ein nur geringes Mißverhältnis von Beckeneingang und Kopf zeigen.

Dann weist er noch auf die aetiologischen Momente hin, die auch schon von anderen Autoren beschrieben sind.

Der besseren Uebersicht halber sollen sie hier gleich angeführt werden.

Simpson weist an Hand von 2 Fällen, und Hecker an Hand von einem Fall auf die Struma congenita hin,

Spöndli auf die auffallende Härte der Schädelknochen (vergl. Bourgois) der in Gesichtslage geborenen Kinder,

Winkel referiert über eine Anzahl von Gesichtslage bei Zwillingsgeburten,

Spaeth, Weise und Goßmann beschreiben mehrere Fälle von Hemicephalie in Gesichtslage.

Arneth fand unter 519 Frühgeburten 6 Gesichtslagen,

Hüter, Crédé und Ahlfeld beschreiben ebenfalls Fälle von Frühgeburten in Gesichtslagen.

Spiegelberg sagt dagegen, daß man Gesichtslagen bei nicht ausgetragenen Kindern nie findet.

Winkel bemerkt, daß totfaule Früchte zu Gesichtsgeburten neigen.

Bis zum Jahre 1873 waren in der Literatur 19 Fälle beschrieben worden. Im Gegensatz hierzu stehen die Ansichten Spaeth's und Chiari, die bei totfaulen Früchten nie Gesichtslagen entdeckt haben.

Im Jahre 1873 veröffentlichte Schatz einen Aufsatz: „Die Umwandlung der Gesichtslagen durch alleinigen äußeren Handgriff". Schatz ging hier von den einfachsten mechanischen Grundgesetzen aus. Er vergleicht die Wirbelsäule mit einer an der Peripherie einer Scheibe befestigten Stange, die Scheibe wird durch den Kopf ersetzt. Will man nun die Scheibe nach irgend einer Richtung drehen, so läßt der Mechaniker nicht die Kraft

an der Scheibe einwirken, und versucht indirekt, die durch die Stande hervorgerufene Hemmung zu überwinden, sondern er nimmt die Stange als Handhabe und überwindet ihre Hemmung hiermit, nimmt also die Scheibe gewissermaßen mit. Der Apparat zeigt also die Verkürzung, die die lange Eiachse bei den bisherigen Operationsmethoden erfahren mußte, oder wenn eine Verkürzung der Eiachse unmöglich war, die größere Schwierigkeit, die der mit dem ganzen Ei emporgedrängte Uterus einer Verlängerung entgegensetzte. Es wurde also bisher nur die Drehung des Kopfes, nicht die Streckung der Achse berücksichtigt. Da nun die sich in ausgeprägter Gesichts- oder Shcädellage befindliche Frucht in ihrer Längsachse kürzer ist, als in einer zwischen diesen liegende Lage, und bei der Umwandlung diese Zwischenlagen überwunden werden müssen, ist bei der Gesichtslage die lordotische Wirbelsäule der Angriffspunkt, gelingt es, diese in eine kyphotische überzuführen, so geht der Kopf von alleine mit. Man bringt also die S-förmige Biegung der Wirbelsäule in eine C-förmige. Durch diese einfache mechanische Erklärung mußte die Therapie auch den bisher beschriebenen Weg verlassen. Schatz tritt für die prophylaktische Umwandlung nur durch den äußeren Handgriff, der ja keine Gefahr mit sich bringt, warm ein. Daß die Umwandlung hinfällig ist, wenn der Kopf tiefer ins Becken getreten ist, ergibt sich von selbst.

Mechanisch unmöglich ist diese Art der Umwandlung, wenn die Gesichtslage im Laufe der Eröffnungsperiode durch Zug der Nabelschnur auf den Hals aus einer Hinterhauptslage entstanden ist. Die Vorzüge der Schatz'schen Methode gegenüber den bisher geübten Methoden waren:

1. die Schmerzlosigkeit,
2. der Vorteil, daß sie bereits in der Schwangerschaft und bei stehender Blase vorgenommen werden konnte,
3. die Herabsetzung der Infektionsgefahr.

Leider wies die Schatz'sche Methode nicht gleich die Erfolge auf, die man auf Grund seiner theoretischen Ueberlegung selbst hätte erwarten sollen.

So berichtet Welponer (1877) über 5 erfolglose Versuche durch die Schatz'sche Methode bei normalem Becken und stehender Blase eine Gesichtslage umzuwandeln.

Im selben Jahre veröffentlichte Humprey einen Fall von Gesichtslage, in dem er mit Erfolg in Knieellenbogenlage das Hinterhaupt mit der ganzen Hand herunterholte. Seinen Vorschlag prüfte Partridge mit dem Erfolge nach, daß er 7 Jahre später 5 Fälle veröffentlichen konnte, von denen ihm 4 gelungen waren.

In Amerika hatte man also von dem Schatz'schen Verfahren wenig Notiz genommen.

Sieben Jahre nach der Veröffentlichung seiner Methode erschien in der „Orvosi Hetilap" ein Artikel von Mann, der auf Grund der nicht sehr ermunternden Erfolge der Schatz'schen Methode letztere mit dem Baudeloque II zu kombinieren versucht hatte; also neben der Aenderung der Rumpfhaltung auch eine aktive Aenderung der Kopfhaltung vornahm. Es sollte der Operateur den Kopf und ein Assistent den Rumpf einstellen. Hierzu führt er einen Fall von querstehender Gesichtslage bei verengtem Becken und beginnender Zervixdehnung an. Nach erfolglosen Zangen- und Wendungsversuchen gelang ihm die bimanuelle Umwandlung in Schädellage mit Unterstützung einer Kraft, die die Haltung des Körpers im Sinne Schatz' beeinflußte. Mann betont aber in seiner Arbeit, daß er den Fall nicht zu Propagandazwecken für die Umwandlung veröffentlicht habe. Zu erwähnen wäre an dieser Stelle noch die Arbeit Kolossers aus Halle, in der 4 Fälle von Gesichtslagen beschrieben wurden, die sämtlich nach dem Blasensprung in Behandlung genommen wurden. Drei Fälle hatte Brennecke behandelt, im 1. Fall hatte er mit dem kombinierten Handgriff, wie ihn Mann angab, Erfolg. Im 2. mißlang sowohl die Schatz'sche, wie auch die kombinierte Methode. Die Geburt erfolgte spontan. Im 3. mißlang die kombinierte Methode ebenfalls. Er sah sich genötigt anschließend die Wendung und Extraktion vorzunehmen. Im 4. Fall versuchte Küstner den alleinigen äußeren Handgriff, jedoch ohne Erfolg; es erfolgte eine Spontangeburt in Gesichtslage.

Zwei Jahre später fügte Brennecke noch einen 5. Fall hinzu. Es handelte sich diesmal um ein plattes Becken mit Stirneinstellung. Als operative Methode wählte man mit Erfolg die kombinierte Methode. Brennecke hebt besonders die günstige Beeinflussung auf die Wehen hervor.

Ein der kombinierten Methode nach Mann ähnliches Verfahren wendete im Jahre 1886 Cramen in England an. Er

korrigierte nämlich eine mento-posteriore Gesichtslage durch manuelles Hereinziehen des Hinterhauptes ins Becken unter Unterstützung durch Druck von außen.

Im selben Jahre erschienen mehrere umwälzende Arbeiten in Deutschland. Als 1. sei ein Beitrag zur Behandlung der Gesichtslage von Ziegenspeck erwähnt. Er kombinierte in einem Fall Baudeloque I mit Schatz; es handelte sich um eine mento-posteriore Lage im tiefen Becken. Der Blasensprung hatte schon lange Zeit vorher stattgefunden und es bestand die Gefahr einer Uterusruptur. Der Versuch der Umwandlung gelang. Er hält diese Methode der Umwandlung jedoch nur für berechtigt, wenn bei mento-posteriorer Lage die Natur sich nicht hilft.

Ebenso räumt Schröder der Umwandlung nur ein kleines Gebiet ein, indem er die Anwendung nur auf die Fälle der mento-posterioren Lage, bei denen die Unmöglichkeit einer inneren Wendung besteht, gestattet.

Volland empfahl dagegen zur selben Zeit bei mento-posterioren Lagen Umfassen des Kinns und Herabziehen nach unten unter drehender Bewegung des Kinns nach vorn bis zur nächsten Wehe.

Zur selben Zeit trat Thorn als Verteidiger der Umwandlung auf. Nach ihm soll der Mangel an klaren und bestimmten Indikationen und die von Boer noch herrschenden Vorurteile Ursache der Diskredition der Umwandlung gewesen sein. Thorn zerlegte die kombinierte Methode in 2 Zeiten, so daß sie von einer einzigen Person ausgeführt werden konnte. Zugleich stellte er folgende Indikationen, die er 8 Jahre später jedoch erweiterte, auf:

1. Beckenenge, wenn sie nicht so beträchtlich ist, daß sie bei Querlage die Wendung auf den Kopf kontraindizieren würde,
2. Schwache Wehen, primär hervorgerufen durch schwächeren Reiz des Gesichts auf das untere Uterinsegment,
   sekundär, daß die Wirkung der Wehen in der Längsachse des Kindes wirken, zum Teil am Kopf vorbeischießt und verloren geht,
3. abnormer Mechanismus mit nach hinten gerichtetem Kinn.

Zu diesen Indikationen fügte er noch im Jahre 1895 hinzu „tritt bei Gesichtslagen gegen Ende der ersten oder im Laufe der zweiten Geburtsperiode eine Verzögerung der Geburt ein, die bei

längerer Dauer ernste Befürchtungen für das kindliche Leben aufkommen läßt, so ist der Versuch der Umwandlung in Hinterhauptslage nach der kombinierten Methode evtl. unter Zuhilfenahme der Narkose zu machen. Kontra-Indikationen bilden die primären Gesichtslagen, Vorfall der Nabelschnur oder der Extremitäten, Placenta prävia, Zervixstrikturen, räumliche Mißverhältnisse erheblicher Art und Dehnung des unteren Unterinsegmentes. Sodann berichtet er von 9 erfolgreichen Umwandlungen, drei nach gesprungener und sechs bei stehender Blase. Siebenmal verlief die Geburt spontan in Schädellage, zweimal war er gezwungen, die Zange anzulegen.

Im Jahre 1895 erweiterte, wie schon gesagt, Thorn die Indikationen, gleichzeitig gibt er eine nähere Beschreibung seiner Methode an, die folgendermaßen ausgeführt wird: Er sucht durch die in die Vagina eingeführte ganze oder halbe Hand durch Lüftung des Kopfes aus dem Beckenausgang die Rotation des Schädels um die Querachse zu erreichen, um das Hinterhaupt an die tiefste Stelle zu bekommen. Hierbei soll eine äußere Hand unterstützend durch Druck auf den Hinterkopf wirken; zugleich drückt die äußere Hand des Operateurs gegen die Brust des Kindes in der Richtung nach außen (gegen das kindliche Hinterhaupt zu) und etwas nach oben, so dann Druck auf den Steiß in dem Sinne, daß dieser dem Gesicht zu bewegt wird, und bringt schließlich so eine normale Haltung des Kindes zustande, bei der die lordose Haltung der Gesichtslage in eine kyphose Haltung der Schädellage verwandelt wird. Zum Schluß soll die Fixation der Lage durch künstliche Blasensprengung oder Seitenlage, meistens genügen auch die nach der Umwandlung kräftig einsetzenden Wehen, beibehalten werden.

Beim Mißlingen ist die Wendung oder exspektatives Verhalten angezeigt. So hofft er durch sein Verfahren die zur Zeit noch 12—13 % betragende Mortalität der Kinder herabzusetzen; dringend verlangt Mackay die frühzeitige Korrektion für Gesichtslagen, da es sich um pathologische Lagen handelt. Er berichtet anschließend von 10 Fällen, in denen ihm 7mal die Umwandlung gelang. Im Jahre 1890 schreibt Salomon „Ueber die Gesichtslagen mit zur Seite gerichtetem Kinn", er betont die schlechten Erfolge bei mento-lateraler Einstellung (meist tiefer Querstand) und gibt in seiner Arbeit 18 Fälle an, in denen 1 lebendes Kind gerettet wird.

In dieselbe Zeit (1890) fallen die Arbeiten von Wullstein und von v. Weiß. Ersterer berichtet über 100 Fälle von Gesichtslagen aus der Ohlshausen'schen Klinik, in denen 10mal die Methode nach Schatz-Thorn mit einem viermaligen Mißerfolg gewählt wurde.

v. Weiß gab 20 Fälle von Gesichtslagen an, 13 hiervon hatte Peters an der Braun'schen Klinik nach der Thorn'schen Methode mit der Abweichung, sofort mit der inneren Hand das Hinterhaupt herabzuholen, umzuwandeln versucht. In 8 Fällen hatte er Erfolg. In einem Fall starb die Mutter an Peritonitis, deren Ausgang vom Uterus ausgehend nachgewiesen werden konnte. Die restlichen 6 Fälle hatte v. Weiß selbst behandelt und durch ein kombiniertes Verfahren nach Baudeloque erledigt. v. Weiß beschränkt sich jedoch, die Umwandlung nur auf ausgesprochene dauernde mento-posteriore Einstellungen hin vorzunehmen.

Ueber die kombinierte Methode sagt Küstner in seinem Lehrbuch: Daß, so ungefährlich auch die kombinierten Handgriffe von einem erfahrenen Geburtshelfer unter strenger Beobachtung der Asepsis auch seien, dieser geringe Eingriff doch nicht gerechtfertigt wäre durch das Minimum, um das die Gesichtslage in Verlauf und Prognose ungünstiger ist als die Hinterhauptslage".

Nur bezüglich der mento-posterioren Lage, also der komplizierten Einstellung, kommt er ebenso wie v. Weiß zu dem Schluß, daß ein Versuch die Stellung durch kombinierte Handgriffe (Schatz-Thorn) umzuwandeln, nicht unberechtigt ist, weil dadurch die Geburtsarbeit erleichtert würde, die in der eben genannten Lage doch noch eine andere Kopflage herstellt, oder im ungünstigsten Falle die Geburt in der alten Lage erledigt.

Hierzu möchte ich zwei von Goßmann bekanntgemachte Fälle zitieren: Im ersten Falle handelte es sich bei normalem Becken um eine mento-posteriose Gesichtslage. Alle Versuche, durch Druck auf die Stirn, das Kinn nach vorne zu bringen, scheiterten, daher exspektatives Verhalten. Nach einer Austreibungszeit von vollends 2 Tagen bei zeitweiser erlahmender, jedoch immer wieder kräftig einsetzender Wehentätigkeit, trat endlich das Kinn tiefer und mehr nach vorn. Wegen Indikation zur Beendigung der Geburt: Applikation der Zange. Das asphyktische Kind kann nicht mehr belebt werden, die Mutter trug

ausgedehnte Druckbrandgeschwüre in der Scheide davon. Das Wochenbett war fieberhaft, vollkommene Genesung.

Im zweiten Falle, einem ebenfalls normalen Becken, wandelte Goßmann die Gesichtslage nach Thorn in eine Hinterhauptslage um. Die Geburt mußte nach 3 Stunden wegen Wehenschwäche (!) mittels Zange mit glücklichem Ausgang für Mutter und Kind beendet werden.

Jungmann (1896) beschreibt drei Fälle, in denen er die Umwandlung nach dem Verfahren Schatz-Thorn anwendete. Im ersten Fall handelt es sich um eine Gesichtslage, wo das Kinn rechts, die Stirn links, die Gesichtslinie also im queren Durchmesser stand. Die Mutter hatte ein plattes Becken. Da innerhalb von 15½ Stunden kein wesentlicher Fortschritt der Geburt festzstellen war, versuchte man nach der von Thorn modifizierten Schatz-Baudeloque'schen Methode eine Hinterhauptslage zu erzielen. Nach 10 Minuten erschien der Kopf in der Vulva. Es wurde ein lebendes Mädchen geboren, fast ohne Gesichtsoedem.

Im zweiten Falle handelte es sich ebenfalls um eine I. Gesichtslage. Etwas verengtes Becken, die Schwangere kreiste bereits 21½ Stunde, der Muttermund war völlig erweitert und die Blase gesprungen. Da das Kinn sich im Verlauf der Geburt nach hinten gedreht hatte und die Geburt keine Fortschritte machte, so führte Jungmann hier dieselbe Methode mit Erfolg aus.

Im dritten Fall handelte es sich um einen poliklinischen Fall. Hier hatte die Eröffnungsperiode bereits vor 12 Stunden begonnen, der Muttermund war dreimarkstückgroß, die Blase vor 7½ Stunden gesprungen. Auch hier war das Kinn nach hinten gerichtet. Nach Anwendung der obigen Methode konnte nach 2½ Stunden ein lebendes Kind spontan zur Welt kommen.

Da es sich im 1. Fall um ein aktives Vorgehen in der Behandlung einer unkomplizierten Gesichtslage handelt, erklärt Jungmann, daß es hier lediglich einen Versuch, den Wert der von Thorn angegebenen Methode zu prüfen, betrifft. Jungmann tritt später dafür ein, bei Gesichtslage eine prophylaktische Umwandlung vorzunehmen und zwar, sobald ihre Ausführung möglich ist.

Handelt es sich um eine primäre Gesichtslage, so soll die Umwandlung möglichst in der Schwangerschaft durch äußere

Handgriffe geschehen (vgl. Schatz). Zur Unterstützung schlägt er vor, vom vorderen oder hinteren Scheidengewölbe aus auf den Kopf einzuwirken, um dadurch die äußeren Handgriffe zu unterstützen. Hat die Eröffnungsperiode aber schon begonnen, so legt Jungmann folgende Gesichtspunkte fest: Ist der Schädel noch beweglich, der Muttermund 2—3 fingerbreit durchgängig, so steht, falls ein normales Becken oder, was bei Gesichtslagen häufig der Fall ist, ein plattes Becken vorliegt, dem Versuch einer Umwandlung nichts entgegen.

Ferner weist Jungmann auf den Unterschied bei mento-posterioren und mento-anterioren Gesichtslagen hin. Will man nämlich bei einer mento-anterioren Lage wegen einer für das Kind drohenden Geburtsverzögerung eine Umwandlung vornehmen, so ist das nach seiner Meinung ein Fehler; denn da der Rücken der Frucht nach hinten gerichtet ist, kann durch die manuelle Umwandlung nie eine Hinterhauptslage, sondern nur eine Vorderhauptslage entstehen. Diese verläuft weder schneller noch günstiger für das Kind. Sollte also bei einer mento-anterioren Lage eine Indikation zur schnellen Entbindung eintreten, so soll man bei nicht genügend erweitertem Muttermund den Colporhynter einlegen, evtl. bei hochgradiger Gefahr durch Dührssen'sche Inzision für die Wendung auf beide Füße und Extraktion bei hochstehendem beweglichen Kopf und für die Anwendung der Zange bei fest eingetretenem Kopf vorbereiten.

Was die Operation selbst anlangt, setzt er einige wichtige Punkte fest.

1. Die Narkose ist unerläßlich.
2. Beim Zurückschieben des Gesichts sind zuerst die Finger an den Oberkiefer anzusetzen, weil das Gesicht zum Teil schon unterhalb des Beckeneingangs stehen kann.

Bevor wir nun ins 20. Jahrhundert eintreten, sollen noch in Kürze die Namen derer aufgeführt werden, die im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts über Gesichtslage geschrieben haben.

Es sind: Gehrke, Heinricius, Hellendahl, Ihm, Jewett, Josephsohn, Babusquierre, S. Marx, Polosson, Straßmann, Steinbüchel.

Ihre Theorien, Erfahrungen und Vorschläge an dieser Stelle anzuführen, würde die Arbeit zu weitschweifig machen.

Man hatte sich im allgemeinen der exspektativen Behandlung der Gesichtslagen zugewendet. Nur in außergewöhnlichen

Fällen bediente man sich noch der Umwandlung. Es entspinnt sich nunmehr ein Kampf darum, welches die zweckmäßigste und ungefährlichste Methode zur Umwandlung ist. Hauptsächlich an Hand von Statistiken sucht man ein Plus für diese oder jene Methode herauszubekommen. Es ist daher auch nicht erstaunlich, wenn in der Folgezeit in den Arbeiten über Gesichtslagen die Statistik obenan steht.

So kommt Opitz mit der Umwandlung bei Gesichtslagen besonders durch den Thorn'schen Handgriff zu folgendem Ergebnis: In der Zeit von 1890—1900 kamen 72 Fälle von Gesichtslagen in Behandlung.

44 Fälle wurden nach Thorn mit Erfolg behandelt,
in 2 Fällen stellte sich die Gesichtslage wieder her,
„ 11 „ wurde der Thorn'sche Handgriff ohne Erfolg angewendet,
„ 1 Fall war der Erfolg unbekannt.

58 nach Thorn.

in 4 Fällen wurde behandelt nach Baudeloque I plus Schatz, mit Erfolg,
„ 2 „ wurde behandelt nach Baudeloque I plus Schatz, ohne Erfolg,
„ 5 „ würde behandelt nach Baudeloque I ohne Schatz, mit Erfolg.
„ 1 Fall Hochschieben des Gesichts mit Erfolg,
„ 2 Fällen unbekannte Methode ohne Erfolg.

72.

Opitz rechnet die Thorn'sche Methode zu den technisch schweren Operationen, wegen der besseren Raumverhältnisse schlägt er vor, nicht an der Seitenwand des Uterus, sondern an der Hinterwand, also am hinteren Ohr des Kindes vorbeizugehen, und ebenfalls unter gleichzeitigem Lüften des Kopfes die Drehung mit dem Daumen vorzunehmen. Er hält die Thorn'sche Methode für die beste, gelingt aber die Umwandlung nicht auf schonende Weise, oder stellt sich die Gesichtslage wieder her, so soll man zunächst abwarten; bei Beckenverengung kommt dann nur Wendung und Extraktion in Frage. Auszuschließen ist selbstverständlich eine Beckenverengung höheren Grades, da dann eine baldige Spontan-Geburt in Hinterhauptslage kaum zu erwarten ist, ferner ist auszuschließen, tiefsitzende Placenta,

Nabelschnurvorfall, Dehnung des unteren Uterinsegmentes und feststehender Kopf.

Bei stärkerer Dehnung des Segmentes kann der vorsichtige Versuch des Baudeloque I gemacht werden, bei Mißlingen bleibt nur die Perforation übrig. Bleibt bei tiefstehendem Kopf das Kinn nach hinten gerichtet und ist die Indikation zur dringenden Entbindung vorhanden, so soll man den Versuch nach Volland machen; mißlingt dieser, so kann man auch noch versuchen, durch Druck auf den Hinterkopf durch die Bauchdecken hindurch den Kopf zu entwickeln.

Nagel (1901) verwirft die Anschauung, jede Gesichtslage in eine Schädellage umwandeln zu wollen, weil ja die Prognose der Gesichtslagen relativ nicht schlechter ist als die der Schädellage, denn hat man es mit einer ungünstigen Gesichtslage zu tun, so ist diese häufig eine Folge eines engen Beckens, und hier ist nach Nagel die Wendung indiziert. Ist die Wendung nicht mehr möglich, so ist bei gutem Befinden von Mutter und Kind die Umwandlung vorzunehmen. Für eine bestimmte Art der Umwandlung entscheidet sich Nagel jedoch nicht. Zur selben Zeit stellte Thorn folgende Regel für die Umwandlung auf: Als Vorbedingung gelten: Euphorie von Mutter und Kind, gute Beweglichkeit der Frucht, zum mindesten des Schädel, handtellergroße Erweiterung des Muttermunds. Das Ziel der Umwandlung soll die Ausschaltung der kindlichen Lordose sein, die Umwandlung soll prinzipiell in der Narkose vorgenommen werden.

Als obersten Grundsatz läßt Thorn die exspektative Methode bestehen, jedoch selbstverständlich nur solange, wie weder Mutter noch Kind dadurch geschädigt werden. Jede länger dauernde Verzögerung in der Geburt verschlechtert die Prognose für Mutter und Kind, tritt also eine Verzögerung ein, so ist die Umwandlung nach seiner Methode vorzunehmen. Man begnüge sich zuerst mit der Rotation des Schädels und sorge für seine Fixation. Nachträglich soll man für die Verbesserung der Rumpfhaltung sorgen. Als Kontraindikationen läßt er die von Opitz aufgestellten gelten. Bei fest im Becken stehendem Kopf soll man den Versuch der Umwandlung unterlassen, selbst wenn das Kinn nach hinten gerichtet ist, denn dieses dreht sich gewöhnlich doch nach vorn; tritt jedoch die Drehung nicht ein, so kann man noch den Volland'schen Versuch machen.

Im Jahre 1902 erschienen mehrere Dissertationen, die sich mit der Statistik der Gesichtslage befaßten. Als 1. sei die von Rogage aus Halle angegeben. Nach Rogage wurden in der Hallenser Frauenklinik in der Zeit von 1885—1900 insgesamt 163 Fälle von Gesichtslagen gezählt. Hiervon waren 88 I. und 70 II. Lagen. Ebenso bestätigt die Statistik, daß eine Ueberzahl der Kinder ein Durchschnittsübermaß (56 %) und ein Ueberdurchschnittsgewicht (57,2 %) hatten. Aetiologisch steht obenan die anormale Gestalt des Beckens. Als 2. Arbeit sei die von Erich (Rostock) erwähnt, der die Fälle von Gesichtslage bearbeitet hat, welche sich in der Zeit von 1896—1900 in der Münchener Frauenklinik anfanden. Von 6199 Geburten waren 36 Gesichtslagen, also 0,6 % oder 176 : 1. Die erste Lage kam doppelt so häufig vor wie die 2. (23 : 13). Ein wesentlicher Unterschied zwischen Erst- und Mehrgebärenden bestand nicht (17 : 19). In 16 Fällen konnten Beckenanomalien nachgewiesen werden, und zwar am häufigsten Beckenenge (8mal = 50 %); auch hier waren die Kinder im Durchschnitt gewöhnlich größer und schwerer als in der Norm.

Erich hat die Geburtsdauer zwischen Mehr- und Erstgebärende verglichen. Sie betrug bei den ersteren 16,5 Stunden, bei den letzteren 22,5 Stunden durchschnittlich. Die Mortalitätsziffer der Kinder betrug 14,3 %, eine Zahl, die den Untersuchungen anderer Autoren gleichkommt.

Kurz seien noch die Arbeiten von Abrahamson und Frank aus dieser Zeit genannt.

Abrahamson beschreibt 38 Fälle von Gesichtslagen, von denen 34 bei einer Mortalität von 6 = 17,65 % spontan zu Ende gingen und 4 operativ mit einer Mortalität von 1 = 25 % beendet wurden.

Frank führt 18 Gesichtslagen, die in der Zeit von 1891 bis 1902 in Greifswald beobachtet wurden, an. In 14 Fällen kam ein lebendes Kind zur Welt. Frank rät, solange keine direkte Gefahr für Mutter und Kind besteht, sich abwartend zu verhalten.

Als letzte rein statistische Arbeit im ersten Dezennium des 20. Jahrhunderts soll die von Moosmann nicht vergessen werden. Moosmann hat das Berner Material bearbeitet. Er fand unter 19 725 Geburten 171 Gesichtslagen. Als Grund für die erhöhte Ziffer gibt er das häufige Vorkommen von engen Becken und

Struma congenita an. Die Kindersterblichkeit ist bei Gesichtslagen 4mal größer als bei Hinterhauptslagen.

82 % der Gesichtslagen verliefen spontan, es starben dabei 11,64 % Kinder. Von den restlichen operativ beendigten 15 % Fällen waren 24 % für das Kind tödlich. Auch er kommt zu dem Schluß, daß man, solange es das Befinden von Mutter und Kind erlaubt, von dem operativen Verfahren abstehen soll.

Mehr oder weniger hatte man sich, wo ein operatives Verfahren angebracht war, der Thorn'schen Methode zugewendet.

Als Outsider erscheint uns Kouwer in seiner Arbeit über die Korrektion der Gesichtslagen bei der Geburt. Kouwer beschreibt 3 Fälle von Gesichtslagen (2mal Kinn quer und 1mal Kinn nach hinten gestellt), in denen er die Umwandlung mittels äußerer und innerer Handgriffe, die nur auf den Kopf einwirkten, vornahm. Die Rumpfhaltung blieb unberücksichtigt. Die Korrektion gelang ohne Hindernisse und die Geburten wurden mit leichter Hinterhauptszange beendet. Wenn ein operativer Eingriff nötig ist, will Verfasser die Korrektion angewendet wissen; es soll jedoch nur am Kopf und nie am Rumpf manipuliert werden, ist der Kopf noch heraufschiebbar, so ist nach ihm die Operation leicht und ungefährlich. Anschließend sei noch eine in seiner Arbeit verzeichnete Statistik erwähnt. Unter den in den letzten 4 Jahren in der Utrechter Klinik 5009 gezählten Geburten waren 22 Gesichtslagen zu finden. Von diesen erledigten sich 17 spontan mit 13 lebenden und 4 toten Kindern. Die restlichen 5 wurden mit der Zange beendet, 3 von diesen nach Korrektion.

Auch Ostéril schlug eine kleine Aenderung des Thorn'schen Handgriffs vor. Noch im Jahre 1903 erschien eine Arbeit über Gesichtslagen von ihm in der Wiener klinischen Rundschau. Hier forderte er, daß man in jedem Fall von Gesichtslage den Versuch einer Einrichtung nach der Schatz'schen Methode machen soll. Gelingt dieser, so ist es gut, wenn nicht, so soll man in der I. Geburtsperiode und beim Fehlen von Komplikationen abwarten, ist dann die Blase gesprungen, und selbst nach Verstreichung des Muttermundes der Kopf nicht tiefer getreten, so soll man in Narkose die Schatz'sche Methode noch einmal versuchen; wenn dann ein negativer Erfolg, ist so sofort anschließend der Thorn'sche Handgriff anzuwenden.

Wie oben schon angedeutet, erschien im Jahre 1904 eine neue Arbeit von ihm. Hierin berichtet er über 3 Fälle von Gesichtslage, in denen er die prophylaktische Wendung mit Erfolg angewendet hat, und zwar schlug er nach seiner Methode zu handeln vor, nämlich den Zug des Hinterhaupts nach unten, was das Wesentlichste der Thorn'schen Methode ist, durch äußere Handgriffe zu ersetzen. O. ersetzte also den inneren Handgriff durch einen äußeren. Dann schreibt er von 6 Fällen, die spontan ausgingen und 4 Fällen, die ihm bei der Schatz'schen Methode mißlangen.

Kurz zu erwähnen sei aus diesem Jahr noch die Veröffentlichung Mont-Gomerys, der in einem Fall von Gesichtslagen die Symphyseotomie angewendet hatte.

Abweisend zu den Haltungsverbesserungen aller Arten verhielt sich v. Herff (1905). Dieser hatte in der Baseler Klinik festgestellt, daß

75 Geburten ohne Kunsthilfe mit 3 toten Kindern (4 %)
während

21 Geburten unter Kunsthilfe mit 6 toten Kindern (28 %)
endeten; er kommt zu der Ueberzeugung,

1. daß die Haltungsverbesserung keine besseren Resultate zeitigen, als abwartende Behandlung,
2. daß für die Hauspraxis nur die abwartende Behandlung in Frage kommt, und zwar in erster Linie weil sie gerade die beste Aussicht für Mutter und Kind hat.

Hellendahl berichtet im selben Jahre über 37 Fälle von Gesichts- und Stirnlagen, die in der Zeit von 1897—1904 in der Tübinger Klinik beobachtet wurden. 23mal hatte man die Umwandlung angewendet, 8mal blieb der Erfolg aus. Die 8 Mißerfolge verteilten sich auf 7 Gesichtslagen und 1 Stirnlage. Von diesen 7 endeten 4 Lagen spontan. 2 wurden mit der Zange lebend entbunden und 1 Kind kam tot zur Welt.

Im allgemeinen wendete Hellendahl die kombinierte Methode Baudeloque I plus Schatz an. Abweichend von anderen Autoren hält er die Beweglichkeit des Kopfes für die Umwandlung nicht für unbedingt notwendig.

Im Jahre 1906 veröffentlichte Charles aus Liège einen interessanten Fall von rechtsseitiger Gesichtslage mit nach hinten gerichtetem Kinn, der bisher in keiner Arbeit erwähnt worden zu sein scheint. Es handelte sich um eine 19½ jährige

Erstgebärende, die kreißend in die Klinik kam, bei der inneren Untersuchung ergab sich folgender Befund:

Muttermund zweimarkstückgroß, Blase steht, Kinn nach hinten und rechts gerichtet, Wehen gut. Nach kurzer Zeit sprang die Blase, bald erschien das Kind in der Vulva. Das Kinn hatte sich spontan nach vorn gedreht und einige Minuten später wurde der Kopf in für Gesichtslage typischer Weise geboren. Der Kopf zeigte ausgesprochene Dolichocephalie. Man sieht hieraus, daß die dolichocephalie eine Kopfform ist, die aus einer Anpassung des Kopfes an das Becken resultiert (nach Verfasser). Thies hat zur selben Zeit die Fälle von Gesichtslagen der Leipziger Klinik in der Zeit von 1887 bis 1907 sowohl klinischen wie poliklinischen Ursprungs zusammengestellt. Er kam auf die Zahl 240. In 24 Fällen, also 10 %, hatte man die Umwandlung nach Thorn vorgenommen. Es handelte sich 12mal um rachitisch platte Becken, 9mal um normale Becken und 3mal sind die Beckenmasse unbekannt gewesen. In allen Fällen wurde die Methode nach Thorn (teils Baudeloque I, teils Baudeloque II) angewendet. Sie brachte 19mal einen Erfolg. Einmal wurde wegen stinkenden Fruchtwassers der Versuch unterlassen. In 2 Fällen war der Versuch wahrscheinlich wegen des hochstehenden Kopfes erfolglos. In den restlichen Fällen stand der Kopf in der Interspinallinie, somit hatte Thies einen Mißerfolg von 17 %.

Bemerkenswert ist jedoch, daß in den 19 gelungenen Fällen 7mal der Kopf in der Interspinallinie stand und trotzdem die Umwandlung gelang. Thies hat in seiner Arbeit auch eine Aufstellung angelegt über die Zeit des Eintritts der Wehen und des Blasensprungs bis zur Umwandlung, die wert ist, hier angeführt zu werden.

5mal bestanden die Wehen schon über 30 Stunden. Die Blase war 36, 30, 18 und 2mal 2 Stunden vorher gesprungen, 6mal waren die Wehen schon bis zu 25 Stunden im Gange, der Blasensprung fand 24, 22, 8, 5 und 4 Stunden zuvor statt. Es zeigen also die Resultate, daß die Umwandlung auch in sogenannten Spätfällen Erfolge zeitigt.

Indikationen und Vorbedingungen sind dieselben wie bei anderen Autoren. Als Kontraindikation gibt Thies das enge Becken jedoch nicht an. Zum Schluß sei noch erwähnt, daß er die prophylaktische Wendung vollkommen verwirft.

Ueber ein volles Jahrzehnt herrschte in dem Streit über die Gesichtslage fast Ruhe. Wirtschaftliche und politische Verhältnisse in Europa unterbanden jeden Meinungsaustausch der Gelehrten verschiedener Länder unter sich und auch die wissenschaftliche Arbeit im eigenen Lande.

Ein kleines Aufflackern findet man noch in den Jahren 1913/14.

So beschrieb Young einen neuen Handgriff zur Umwandlung der Gesichtslage und zwar, z. B. bei II. Gesichtslage, folgender Art: Einführung der linken Hand, Drehung des Kinns nach rechts, so daß das Hinterhaupt von rechts nach links kommt, dann wird das Kinn mit dem Daumen aufgehoben und mit gekrümmten Fingern das Hinterhaupt heruntergezogen, hierbei soll die rechte Hand dasselbe durch die Bauchdecken hindurch ins Becken drücken.

Einen ähnlichen Griff schlug bereits Opitz 1901 in seiner Arbeit vor (vergl. diese).

Im selben Jahr veröffentlichte Zangemeister eine neue Art der Umwandlung, angeregt durch den Gedankengang, daß bei dem Thorn'schen Verfahren ohne Zweifel eine Gefahr darin liegt, daß der lang ausgezogene Schädel beim Herabziehen in eine Querstellung kommt, durch welche das schon ohnehin oft gedehnte Uterinsegment belastet wird und das umsomehr, als auf ihm noch die Hand des Operateurs liegt. Als Beweis gibt er an, daß bei 68 Umwandlungen 2 Uterusrupturen eintraten.

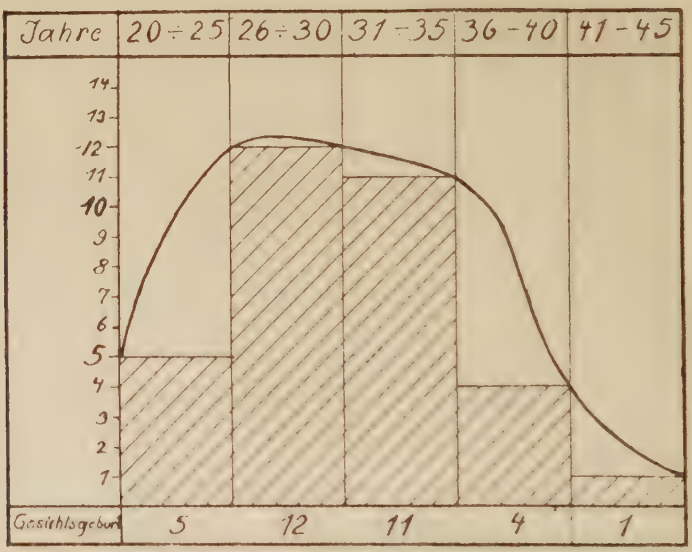
Auch Opitz hatte bereits bei Erwähnung seines Griffs, nämlich an der Hinterseite emporzugehen, dieser Gefahr gedacht. Der neue Griff nach Zangemeister gestaltet sich folgendermaßen: Die der Gesichtsbreite entsprechende Hand geht neben dem Kinn in die Höhe, hakt mit den Daumen in den Mund, während die Fingerspitzen an der Brust des Kindes anliegen; jetzt schiebt man das Kinn bei gleichzeitigem Druck der Finger auf die Brust nach dem Rücken hin hinauf, gleichzeitig schiebt die äußere Hand den Steiß zur Bauchseite des Kindes. Zangemeister will also so die Belastung des schon gedehnten Uterinsegmentes vermeiden.

Hierzu gibt er 5 Fälle an, in denen 3mal ein Erfolg zu verzeichnen war. Der 4. Fall hatte eine leichte Hydrocephalie und fötale Struma, der letzte war eine primäre Gesichtslage, die die Tendenz hatte, wieder in die lordotische Haltung zurückzugehen.

Als Indikation zur Umwandlung riet Zangemeister an:

1. Die Verzögerung des Kopfeintrittes nach gesprungener Blase und nach erweitertem Mund,
2. wenn Gesichtseinstellung besteht, die eine Verzögerung wahrscheinlich macht,
3. wenn baldige Entbindung nötig ist und die Wendung nicht mehr möglich.

Zur selben Zeit bearbeitete Zweifel die letzten 10 000 Geburten an der Münchener Frauenklinik. Was in dieser Arbeit die Gesichtslagen anlangt, so kommt er zu demselben Ergebnis wie auch andere Autoren, nämlich, daß die Frequenz der Gesichtslage bei Mehrgebärenden höher ist als bei Erstgebärenden und daß die Gesichtslage, wie auch Hecker und Winkel schon behaupteten, mit dem Alter der Gebärenden zunimmt. Zur näheren Erklärung diene folgendes Schema:



Ein Abfallen jenseits der 35 darf nicht Wunder nehmen, da hier die Geburtszahl im ganzen dann schon abnimmt.

Zum Abschluß vor dem Weltkriege sei noch eine Notiz von Fabre et Rhenter angeführt, die einen Fall von primärer Gesichtslage beobachteten, der 40 Tage ante partum eine Flektionslage mit beweglichem Kopf und 14 Tage darauf eine Gesichtslage darstellte.

Eine günstige Kritik für den Thorn'schen Handgriff brachte noch Oria. Dieser hatte einen Fall von Gesichtslage mit vorgefallener Hand bei weitem Becken. Nach Anwendung des Thorn'schen Handgriffs erfolgte in 2 Minuten die Spontangeburt eines lebenden Kindes. Dem Ungeübten schlägt Oria jedoch vor, abzuwarten.

Wie schon oben erwähnt, lag in der Zeit des Krieges jede wissenschaftliche Betätigung brach. 1915 schrieb Maneel über seltene Indikationen beim Kaiserschnitt. Es handelte sich um 2 Fälle von Gesichtslagen, in denen wegen Herzfehlers der Mutter der Kaiserschnitt gemacht wurde. Im Jahre 1920 war es Wichmann, der die Behandlung der Gesichtslagen wieder aufgriff.

Er gibt eine neue Methode der Umwandlung an, die aus verschiedenen Gründen die Thorn'sche übertreffen soll.

Folgend die Beschreibung: Der Daumen der gestreckten und steifen rechten Hand wird auf der linken Seite der Frau und die langen Finger auf der rechten Seite gegen Hinterhaupt und Schulter, bezw. Brust (I. Lage) gestützt, oder umgekehrt (II. Lage) in der deflektierten Lage, während die 2 Finger der linken Hand von der Scheide aus den Kopf bis zur freien Beweglichkeit im Beckeneingang beweglich schiebt. Wenn nun der Kopf und der obere Teil des Rumpfs in solcher Weise zwischen den Händen des Operateurs fixiert ist, beginnt das Korrektionsmanöver ohne schroffe Bewegungen, gleichsam tastend, wobei man das Hinterhaupt nach unten drückt, die Schultern bezw. Brust erst nach oben und dann nach der Rückseite des Kindes schiebt, den Kopf von unten stützt oder evtl. mit den Fingerspitzen vorsichtig in der gewünschten Richtung fortschiebt.

Diese langsame Bewegung des die ganze Zeit fixierten Kopfes wird solange fortgesetzt, bis die vaginal operierenden Finger die kleine Fontanelle sicher feststellen können, und bis sich die Brust so viel wie möglich nach der Seite der Uteruskonkavität, der der Rücken zugewandt ist, verschoben hat. Jetzt wird der Teil des Hebelgriffes, welcher das Hinterhaupt nach unten drückt, gelöst, während die Brust noch fixiert bleibt.

Der gelöste Hebelarm wird in einem Bogen nach dem Steiß geführt, den man bei Bedarf nach der Bauchseite des Kindes hinschiebt. Unter fortdauernder Fixation der Brust findet eine erneute Kontrolle der kleinen Fontanelle und des Hinterhauptes

statt; hat sich die Hinterhauptslage erhalten, werden Handtuchpelotten auf der Brust und oberhalb des Hinterhaupts angebracht und durch Bauchbinden fixiert.

Wichmann schließt auf Grund der guten Erfahrungen dieser Art der Umwandlung bei Stirnlagen auch auf eine gute Einwirkung der Gesichtslagen.

Der Vorteil gegenüber dem Thorn'schen Verfahren besteht darin: 1. daß die Gefahr der Infektion geringer ist, 2. daß die Umwandlung bei feststehender Blase vorgenommen werden kann, 3. daß die Gefahr der mechanischen Plazentalösung herabgesetzt ist, 4. daß die Umwandlung zur Not ohne Narkose vorgenommen werden kann, ohne trotzdem starke Schmerzen zu verursachen.

Einige Zeit später nahm Warén zu dieser Arbeit Stellung. Er kommt zu der Schlußfolgerung, daß die Forderung der Gefahrlosigkeit durch den Wichmann'schen Handgriff im weitesten Maße erfüllt wird, daß er auch ungeübten Händen überlassen werden kann, und daß man mit ihm die prophylaktische Umwandlung machen kann, weiter schreibt er: unter den Gesichtslagen scheint besonders bei den Erstgebärenden und bei leicht verengtem Becken die bisherige exspektative Therapie nicht befriedigend gewesen zu sein, weshalb eine Verbesserung der Prognose durch prophylaktische Umwandlung zu erwarten ist. Weil mit dem Wichmann'schen Handgriff ermutigende Resultate bei Gesichtslagen erhalten worden sind, sind weitere Versuche damit indiziert, um durch größere Serien feststellen zu können, ob die Prognose dadurch verbessert wird. Weil aber auch immerhin der Wichmann'sche Handgriff einen Eingriff bedeutet, und nach unseren Resultaten Gesichtslagen bei Mehrgebärenden mit normalem Becken günstig sind, so daß eine Verbesserung kaum möglich wäre, ist die Umwandlung dabei nicht indiziert, außer in Fällen, wo ein scheinbares Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken als ein Zeichen der Geburtsverzögerung besteht.

Seit Wichmann's Veröffentlichung im Jahre 1920 steuerte die Behandlungsmethode der Gesichtslagen durch Umwandlung in ein ruhiges Fahrwasser; jetzt war es die Zange, die bei Gesichtslagen viel Redens von sich machte. Schon im Jahre 1918 veröffentlichte B. Frühholz einen Fall von mento-posteriorer Gesichtslage, der mit der Zange behandelt wurde und kommt

auf Grund der Behandlung zu der Auffassung, daß für den geübten Geburtshelfer die Drehung des Kinns nach vorn mit der Zange durchführbar ist.

Im Anschluß hieran sollen die bis dato vertretenen Ansichten über die Zange bei Gesichtslagen und zwar besonders bei der mento-posterioren Lage kurz angeführt werden.

Scanzoni beschreibt ausführlich das Anlegen der Zange bei Gesichtslagen. Seine Methode hat sich lange Zeit hindurch gehalten.

Nach Stroganoff eignet sich die Art des Anlegens, wie Scanzoni sie lehrt, bei größeren Rotationen ausgezeichnet.

Hohl, Herrf, Hegar und Kaltenbach haben bei absoluter Indikation zur Entbindung die Drehung des Kinns mit der Zange nach Scanzoni ausgeführt. Ebenso berichten Wichert, Schaller und Thoma von guten Erfolgen, nicht pro re sind Döderlein, Skutsch, Ohlshausen und Veit. Skutsch will die Zangenanlegung nur Geübten überlassen, er sagt: „Nur ausnahmsweise und zwar der in der Anwendung der Zange Geübte darf, um die Perforation zu umgehen, einen Versuch mit der Zange machen".

In demselben Sinne spricht sich auch Döderlein aus. Noch schärfer urteilt Zweifel, wenn er sagt: „Von einer Zangenanlegung kann nicht die Rede sein, solange nicht die Drehung des Kinns nach vorn zustande gekommen ist. Die Drehung soll den Wehen überlassen bleiben, wenn einmal das Gesicht mit nach hinten stehendem Kinn ins Becken hinabsteigt, so ist die Anwendung der Zange unmöglich".

Dührsen hält die Anlegung der Zange bei nach hinten stehendem Kinn für einen Kunstfehler, Ahlfeld ist auf Grund seiner Mißerfolge gegen die Drehung mit der Zange.

Im selben Sinne spricht sich Popeskul aus, die Ursache mag in einem sehr üblen Fall liegen. Er legte nämlich die Zange bei feststehendem Kopf, Gesichtslinie im ersten schrägen Durchmesser, an. Die Drehung war sehr schwer und mit einer Blutung kompliziert. Popeskul nahm Atonie des Uterus an, traf dementsprechende Anordnungen und überließ die Frau der Hebamme. Am nächsten Morgen traf er die Frau im denkbar schlechsten Zustande an, dem am Abend der Tod folgte. In diesem Falle nahm man Uterusruptur später an.

Bumm fordert bei Anlegung der Zange, daß das Gesicht auf den Beckenboden getreten ist.

Kehrer gibt eine neue Art des Anlegens der Zange in seinem Lehrbuch an: „Man legt die Löffel an beiden Seiten des Kopfes an, die Konkavität zur Schoßfuge, die Spitze hinter dem Hinterkopf, führt zunächst eine leichte, nicht einen Oktanten überschreitende Drehung um den sagitalen Kopfdurchmesser aus, entwickelt dann, indem man die Griffe schief abwärts zieht, das Gesicht mit dem Kinn nach hinten.

Das Verfahren nach Scanzoni verwirft er wegen der gefährlichen Halstorsion. Braun und Küstner schließen sich dem Kehrer'schen Verfahren an.

Hohl und Schäffer wollen bei der Anlegung der Zange auch eine Drehung um die Querachse, d. h. sie legen die Zange am vorderen Beckenrande an und machen aus der Gesichtslage gleichzeitig durch Neigung der Griffe eine Hinterhauptlage.

Die Lange'sche Zangenanlage unterscheidet sich dadurch von den andern, daß nur in einer Zeit angelegt wird, und zwar in demselben schrägen Durchmesser, der dem Stande der Gesichtslinie entspricht.

Im Jahre 1921 beschreibt Zancla einen Fall von mento-posteriorer Lage, der mit einer Uterusruptur endigte. Das Kind wurde gewendet und lebend extrahiert. Die Mutter starb 3 Tage später an Peritonitis.

Ruiz gibt eine ausführliche Uebersicht über Gesichtslagen und Statistiken, in den Ursachen, dem Mechanismus und der Therapie bringt er jedoch nichts Neues.

Walz berichtet über eine spontane Umwandlung einer mento-posterioren Lage. Es handelt sich um einen Parallelfall des von Charles im Jahre 1906 berichteten.

Hatte man bisher fast nur mit der Nägeli'schen Zange gearbeitet, so wurde jetzt das Interesse für die neue Kielland-Zange wach. Schon 1921 empfahl Meyer in Tübingen in einem Aufsatz über die Kielland-Zange letztere auch bei hochstehenden Gesichts- und Stirnlagen anzuwenden.

Mit diesem Vorschlag befaßt sich Neumann ungefähr 1 Jahr später in dem Artikel „Kann die Prognose der Gesichts- und Stirnlagen durch die Kielland-Zange gebessert werden?" Meumann beweist an Hand von Statistiken, daß verhältnismäßig die meisten Opfer bei Gesichts- und Stirnlagen durch die Zange gefordert werden. Nach Jolly soll dies durch Abdrehen des Vorderhaupts zum Hinterhaupt geschehen, nachgewiesen an

2 Fällen, bei denen er die Kranznaht gesprengt und die Stirnbeine übereinandergeschlagen fand.

Die Kielland-Zange soll dagegen durch ihren Bau und ihre Art angelegt zu werden, den Kopf immer zwischen die Wangen fassen, gleichgültig, ob das Gesicht hoch oder tief, und in welchem Durchmesser die Gesichtslinie läuft, dadurch ist natürlicherweise die Gefahr des Abdrehens behoben. Sodann liegt die Kielland-Zange bei Gesichtslagen ebenfalls engseitig an und faßt den Kopf fest an, auch vergrößert sie seinen Umfang nicht. Meumann beschreibt einen Fall von hohem Querstand mit allgemein verengtem Becken, vorzeitigem Blasensprung und nicht völlig eröffnetem Muttermund, den er erfolgreich mit der Kielland-Zange zu Ende führte.

Er verläßt jedoch nicht die exspektative Behandlungsmethode, sondern fordert, wenn eine strenge Indikation zum Eingreifen vorhanden ist, bei beweglichem Gesicht die Wendung und Extraktion, sonst die Anlegung der Kielland-Zange.

Was die Erfolge der Kielland-Zange bei Gesichtslage anlangt, so ist sie bis zum Jahre 1922 von Kielland, Küstner und Sänger in 8 Fällen mit gutem Erfolg für Mutter und Kind angewendet worden.

Bruch und Rosenfeld empfehlen die Kielland-Zange für Gesichtslagen, ersterer will sie speziell dem Praktiker als alleiniges Modell in die Hand geben, rät aber von der Anwendung der hohen Zange ab.

In der letzten Ausgabe des Stoeckel'schen Lehrbuches der Geburtshilfe werden die Boer'schen Grundsätze vertreten; für die mento-posteriore Lage hält der Verfasser eine Spontangeburt für ausgeschlossen. Alle operativen Versuche sollen der Klinik vorbehalten bleiben.

Bei seitlich stehendem oder gar noch hinten stehendem Kinn ist die Zange eine Kontra-Indikation; ist die Wendung nicht möglich, so ist außerhalb der Klinik nur die Perforation selbst des lebenden Kindes als ultima ratio anzusehen.

Seitz ist gleichfalls der Ansicht, sich prinzipiell abwartend zu verhalten. Verlängerte Geburtsdauer kann Indikation zur Geburtsbeendigung sein. Diese tritt jedoch nur in $^1/_{10}$ der Fälle ein. Er warnt vor der Anlegung der Zange an nicht völlig rotiertem Kopf wegen der Gefährdung der mütterlichen Weich-

teile, ebenso hält er den Zangenversuch bei dorso-anteriorer Gesichtslage für kontraindiziert.

Jaschke schließt sich auf Grund seiner Errfahrungen dem Urteil S. an. Jaschke hatte von 32 Gesichtslagen 2 Todesfälle, in beiden Fällen war das Kind jedoch schon abgestorben. Schon angesichts dieser Tatsache hält er die Umwandlung für überflüssig.

Im Jahre 1924 machten sich einige Stimmen gegen die Kielland'sche Zange bemerkbar, so besteht nach Meyer (einem prinzipiellen Gegner der hohen Zange) auf die Erfahrung hin, daß die Rotation bei den Deflektionslagen selten ausbleibt, kein Bedürfnis nach der Kielland-Zange bei Deflektionslagen; auch nach Eisenreich hat die Kielland-Zange, wenn man auch ihre Vorzüge gegenüber den anderen Modellen als Rotationsinstrument nicht leugnen kann, praktisch aus dem Münchener Material keinen besonderen Vorteil bei Gesichtslagen gezeigt.

Somit haben die Veröffentlichungen über die Anwendung der Zange zur Zeit ihren Abschluß gefunden.

Erwähnt seien noch zwei im selben Jahre veröffentlichte Fälle von primärer Gesichtslage, die Boerro und Beermann zu beobachten Gelegenheit hatten. Der erste Fall endete bei verengtem Becken mit Perforation, der zweite bei normalem Becken spontan als Gesichtslage. Liepmann stellt im selben Jahre in seinem geburtshilflichen Seminar folgende Regeln über die Behandlung der Gesichtslagen auf:

Bei Erstgebärenden:

I. a) abwarten,
   b) evtl. Thorn'scher Handgriff,
   c) im äußeren Notfall Zange bei auf dem Beckenboden stehendem Kopf, und wenn die Gesichtslinie im graden Durchmesser steht.

Bei Mehrgebärenden:

II. Wendung, wenn dieselbe gefahrlos auszuführen ist, sonst die unter I angegebenen Methoden.

Daß an mehreren Kliniken bei Gesichtslagen mit Komplikationen auch der Kaiserschnitt bisweilen als Therapie betrieben wurde, bedarf wohl keiner Erwähnung. Erst im letzten Jahr erschien eine Notiz aus Frankreich von Lacoture, in der bei Gesichtslage der Kaiserschnitt angewendet wurde.

Es handelte sich um eine 20jährige Erstgebärende. Während der Schwangerschaft wurde eine Gesichtslage konstatiert, nach 2 Tagen nach dem fälligen Termin der Geburt stand der Kopf bei dauernd guten Wehen über dem verengten Becken. Man schritt deshalb zum Kaiserschnitt. Es stellte sich eine maximale Deflektion durch die dreimal über Hals und Kinn geschlungene Nabelschnur hervorgehoben, heraus.

Somit schließt die Geschichte über Gesichtslagen mit der Neuzeit fast bis auf das jetzige Jahr ab.

Die Geschichte der Gesichtslagen ist bei näherer Betrachtung ein Spiegelbild der Geschichte der Medizin. Finden wir die ersten brauchbaren Notizen für die Heilkunde und Geburtshilfe bei den Grieben, so ist dies nicht verwunderlich, wenn wir uns vor Augen halten, daß der größte Teil der Heilkunde und der medizinischen Wissenschaft nicht aus den Quellen der Tempelriten und Priestergilden, sondern aus der Ionischen Naturphilosophie entstanden ist.

Dabei unterliegt es jedoch keinen Zweifel, daß die griechische Heilkunde teilweise Dinge aus der babylonischen und ägyptischen Heilkunst mitübernommen hat.

Die Naturphilosophen waren zugleich auch Naturforscher und Aerzte, sie waren es, die speziell die Physik, Physiologie, Zoologie und Embryologie wissenschaftlich bereicherten.

Aerzteschulen wurden gegründet, z. B. Kyrene, Kroton, Rhodos, Knidus und Insel Kos. Aus der letzteren ging dann der Mann hervor, der für das Altertum die größte Aerztegestalt darstellt und in der Arbeit als Erster Erwähnung findet, nämlich: Hyppokrates.

Als Hauptvertreter der Geburtshilfe tritt uns Soranus entgegen. „Was Celsus der inneren Medizin war, war Soran der Geburtshilfe". Da seine Lehren auf eigener Beobachtung beruhten, nimmt es uns nicht Wunder, daß bei ihm zuerst die Deflektionslage gebührend gewürdigt wird.

Entsprechend der Sitte, daß der Geburtshelfer nur zu schwierigen Fällen zugezogen wurde, wendet sich die „Gynäkologie" des Ephesiers zwar an die Hebammen; sie enthält aber tatsächlich weit mehr, als den Hebammen zukommt, nämlich den „Gesamterinnerungsschatz der antiken Geburtshilfe", der nur für die Aerzte Wert hatte.

Bei der Durchsicht der Arbeit fällt uns auf, daß die Scheidung zwischen Ost- und Westreich unter der Führung von Byzanz zu einer eigenartigen Entwicklung kultureller Eigenschaften führte, auch sie hinterläßt typisch Spuren in der medizinischen Literatur des 15. Jahrhunderts.

Im Hellenischen Osten hielt sich die Wissenschaft der Medizin, im Westen dagegen fiel sie morsch in Trümmern.

Den Jahrhunderten des Verfalls der Antike folgt ein Jahrtausend, das einen vollkommenen Stillstand in der Heilwissenschaft und speziell Geburtshilfe mit sich brachte. Das Abendland zehrte von den kümmerlichen Resten der antiken Literatur.

Erst die Araber hoben die abendländische Medizin wieder auf eine wissenschaftliche Stufe. Wenn sie auch wenig Neues brachten, denn ihre Medizin war ein Gemisch von griechischen und orientalischen Elementen, so gebürt ihnen doch das Verdienst, die abendländische medizinische Wissenschaft zu neuem Leben erweckt zu haben.

Es gab nach langer Unterbrechung wieder ein Fortschreiten und Weiterstreben im Abendland. Die arabischen Einflüsse auf die Heilkunde im Westen und die allmählich entwickelnde Reaktion gegen den Arabismus macht den Hauptinhalt der Geschichte der Medizin und Geburtshilfe im späteren Mittelalter und im Beginn der Neuzeit aus. Leider stand das frühe Mittelalter noch zu sehr unter dem Einfluß der Kirche; die Heilkunde wurde zum größten Teil von Mönchen ausgeübt; daß dadurch die Geburtshilfe vollständig vernachlässigt wurde, findet somit hinreichend seine Erklärung.

Erst mit Reußlin wird die Geburtshilfe das, was sie heute ist. Er ist der Erste, der sie nicht zu einem Anhängsel der Chirurgie macht, sondern ihr eine selbständige Stellung in der Heilkunde geben will und gegeben hat. Diese selbständige Stellung wurde sogar durch Frauen, denen es an praktischer Erfahrung nicht fehlte, in ausreichendem Maße gefestigt. Ich möchte hier nur an die Justine Siegemundin und an die Bourgois erinnern.

In Frankreich fand rund 1 Jahrhundert später die männliche Geburtshilfe Eingang, somit war auch in Deutschland, Italien und England das Tor für die männlichen Geburtshelfer in ihrer Tätigkeit geöffnet.

Rastlos und eifrig wurde in den Folgejahren an der Geburtshilfe gearbeitet. Neues wurde entdeckt und Altes wieder entdeckt. Handgriffe und Zangen, die schon lange vorher erwähnt worden waren, wurden in der Neuzeit wieder erfunden.

Auch hier spielt sich das Gesetz von dem ewigen Kreislauf in der Natur ab.

Was die Gesichtslage nun speziell betrifft, so sind bei ihr bezüglich Aetiologie und Therapie auch bis heute noch nicht einheitliche Leitsätze aufgestellt worden. Möge die Zukunft zum Nutzen der leidenden Menschen bald in die Diskussion über Gesichtslagen mehr Klarheit und eine einheitliche Auffassung von ihrer Behandlung bringen.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Nagel, für die Stellung des Themas meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Ahlfeld: Entstehung der Stirn- und Gesichtslagen, Leipzig 1873.

Abrahamsohn: Zur Pathologie der Deflektionslagen. In.-Diss. Königsberg 1903.

Bayer: Ueber den Begriff der Deflektionslagen. Volkmannsche Sammlung Nr. 270 und 284 (1884—86).

J. L. Baudeloque: Anleitung zur Entbindungskunst. Uebers. v. Meckel, Leipzig 1872.

Friedrich Birnbaum: Die Regelwidrigkeiten der Geburt. Bonn 1865.

Lucas Boer: Abhandlungen geburtshilflichen Inhalts, Wien 1791/93.

Boero: Ueber Gesichtslage. Soc. d'obstetr y. gineev. Buenos Aires. Ref. Zentralblatt für Gynäkologie 1924.

Luise Bourgois: Hanau, Uebersetzung v. Henkenius, Ueber die Geburtshilfe.

Brennecke: Zur Umwandlung der Gesichts- und Hinterhauptslagen. Berliner Klinische Wochenschrift 1882.

Bruch: Ueber unsere Erfahrungen mit der Kielland-Zange. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 58, 1922.

Bumm: Lehrbuch der Geburtshilfe. Berlin 1922.

Capuron: Cours teorique el pratique d'accouchements. Paris 1832.

Charles: Spontangeburt einer Gesichtslage mit nach hinten gerichtetem Kinn. Journal d'accouchements 1906.

Caçeaux: Traité theorique et practique de l'art d'accouchement, II. Aufl. Paris 1844.

Créde: Klinische Vorträge über Geburtshilfe. Berlin 1853.

Deventer: Neues Hebammenlicht. Jena 1723.

M. F. A. Deleurye: Abhandlungen über die Geburten. Paris 1878.

Peter Dionis: Lehrsätze von der Schwangerschaft. Uebers. von Johann Timmii Bremensis. Frankfurt 1745.

Döderlein: Geburtshilflicher Operationskurs. Leipzig 1919.

Dürßen: Geburtshilfl. Vademekum. 1890.

Karl Ehrich: Die Gesichtslage. Med. Diss. Bonn 1902.

Fabre et Rhenter: Bull. de la societ. d'obst. et de gynäk. Paris Jahrg. 3, S. 49—53.

Eduard Foster: Theoret. und prakt. Anweisungen über die Geburtshilfe. Leipzig 1786.

Frank: Ueber Gesichts- und Stirnlagen. Med. Diss. Greifswald 1903.

Fritsch: Ein Fall v. manuel. Umwandlung einer Ges. Lage in Hinterhauptslage. Berl. Klin. Wochenschr. 1872.

Froriep, v. L. F.: Theoret. und prakt. Handbuch der Geburtshilfe. Weimar 1814.

Frühholz, B.: Die Behandlung der Gesichtslagen mit nach hinten gerichtetem Kinn. Med. Diss. Tübingen 1918.

Goßmann: Zur manuellen Umwandlung von Gesichtslage in Hinterhauptslage. Münchener Med. Wochenschr. 1895.

Hamilton: Abhandlungen über die Hebammenkunst. Uebers. v. Ebeling. Leipzig 1782.

v. Hecker: Ueber Schädelform bei Gesichtslagen. Berlin 1869.

Hellendahl: Zur manuellen Umwandlung von Gesichts- und Stirnlagen. Münchener Med. Wochenschrift 1905.

v. Herff: Läßt die Haltungsverbesserung von Gesichtslagen einen besonderen Vorteil erwarten? Münchener Med. Wochenschrift 1905.

Hildebrandt: Zwei Stirnlagen. Monatsschrift für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten, Berlin 1865.

Hodge: Lehrbuch der Geburtshilfe.

Humprey: Umwandlung der Gesichtslage in Scheitellage durch Knieellenbogenlage. Ref. Centralbl. für Gyn. 1877, Nr. 6.

Jörg, J. Ch. G.: Systematisches Handbuch der Geburtshilfe. Leipzig 1807.

— Lehrbuch der Hebammenkunst, Leipzig 1824.

Jungmann: Beitrag zur Behandlung der Gesichtslagen durch manuelle Umwandlung in Hinterhauptslagen. Arch. für Gyn. 1896.

Kaltenbach: Lehrbuch der Geburtshilfe. Stuttgart 1893.

Kolosser: Ueber Gesichtslagen und deren manuelle Umwandlung in Hinterhauptslagen. Med. Diss. Halle 1880.

Kouwer: Korrektion der Gesichtslagen während der Geburt. Niederl. Zeitschr. für Geburtshilfe 1903.

Kramen: Korrektion einer mentopost. Gesichtslage. Brit. med. Journal (Ref. Centralbl. für Gyn.) 1885.

Küstner: Handbuch der Geburtshilfe v. Müller. Stuttgart 1889 .

Lachapelle, Luise: Practique d'achouchements. Uebersetzung im Industrie-Comptoir. Weimar 1827.

Lacoture: Présentatio primitive de la façe Bassin rétréci. Operation césarienne. Ref. 1924, Centralbl. für Gyno.

Liepmann: Geburtshilfliches Seminar. Berlin 1924.

Makay: Case of face presentation. Amerik. Journal für Geburtshilfe 1888, Bd. 21.

Mann: Ein Fall operativer Behandlung der Gesichtslagen. Orvosi Hetilap 1880.

Mauriçeau: Der schwangeren und kreisenden Weibsperson allerbeste Hilfe. Nürnberg 1681.

Mayer: Ueber Kielland-Zange. Zentralbl. für Gynäkologie 1921.

Mancel: Ueber seltene Indikation zum Kaiserschnitt. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäk. 1915.

Meumann: Kann die Prognose der Gesichts- und Stirnlage durch die Kielland-Zange gebessert werden? Zentralblatt für Gynäk. 1922.

Montgomery: Symphysotomie bei Gesichtslagen mit nach hinten gerichtetem Kinn. Zentralbl. für Gynäk. 1904.

Moosmann: Ueber Gesichts- und Stirnlagen der Berner Universitäts-Frauenklinik in den Jahren 1874—1901. Med. Diss. 1903.

d la Motte: Vollkommenes Traktat von den Krankheiten, übers. von Scheid. Straßburg 1732.

Muralt: Chirurgische Schriften, Basel 1691.

Nagel: Operative Geburtshilfe, Berlin 1902.

Nolde: Beiträge zur Geburtshilfe, Erfurt 1807.

Ohlshausen-Weit: Lehrbuch der Geburtshilfe, Bonn 1879.

Opitz: Erfahrungen mit der Umwandlung von Gesichtslagen in Hinterhauptslagen besonders mit dem Thorn'schen Handgriff. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäk. 1901, Bd. 45.

Oria: Der Thorn'sche Handgriff. Referat Zentralblatt für die gesamte Gynäk. und Geburtshilfe, Bd. 4, 1915.

Osiander: Grundriß der Entbindungskunst. Göttingen 1802.

— Lehrbuch der Hebammenkunst. Göttingen 1796.

Ostćril: Die Umwandlung der Gesichtslage in Hinterhauptslage durch äußere Handgriffe. Centralblatt für Gynäk. 1904.

Patridge: Zur Umwandlung der Gesichtslage. Ref. Zentralbl. für Gynäk. 1884.

Pippinsköld: Die manuelle Umwandlung der Gesichtslagen in eine Hinterhauptslage. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäk. Berlin 1872, Bd. 1.

Popeskul: Gesichtslage, Kinn hinten. Zentralblatt für Gynäk. 1900.

Ritgen: Handbuch der niederen Geburtshilfe, 1824.

Reußlin: Der swangeren Frawen und Hebammen Rosengarten 1515.

Roederer: Anfangsgründe der Geburtshilfe. Uebers. von Henke, Jena 1793.

Rogage: Zur Statistik der Gesichtsgeburten. Diss. Halle 1902.

Rosenfeld: Die Kielland-Zange in der Geburtshilflichen Praxis. Arch. für Gynäkologie, Bd. 117.

Roßhirt: Die geburtshilflichen Operationen. Erlangen 1842.

Ruiz: Die Geburt in Gesichtslage. Ref. Jahresbericht für die gesamte Gynäk. 1922.

Salomon: Ueber Gesichtslagen mit zur Seite gerichtetem Kinn. Med. Dissertation 1890.

Scanzoni: Lehrbuch der Geburtshilfe. Wien 1867.

Schaller: Ueber einen Fall von Zange bei Gesichtslagen. Med. Dissertation, Halle 1893.

Schatz: Die Umwandlung von Gesichtslage in Hinterhauptslage durch alleinigen äußeren Handgriff. Archiv für Gynäk. 1873.

Schroeder, Karl: Lehrbuch der Geburtshilfe. Bonn 1882.

Seitz: Die Geburtsleitung bei Deflektionslagen. Klin. Wochenschr. 1923.

Skutsch: Geburtshilfliche Operationslehre.

v. Sieboldt, Eduard: Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe. Berlin 1845.

v. Sieboldt, Alex: Lehrbuch der theoret. Entbindungskunde. Nürnberg 1812.

v. Sieboldt, Eduard: Lehrbuch der Geburtshilfe. Berlin 1841.

v. Sieboldt, Alex: Lehrbuch der Hebammenkunst, 1808.

Siegemundin: Die kurbrandenburgische Hof- und Wehemutter. Cölln a. d. Spree 1610.

Simpson: Struma congenita bei Gesichtslagen. Selected obstetrical and gznäk. Works Edinburg 1871.

Smellie: Theoret. und prakt. Abhandlungen der Hebammenkunst. Altenburg 1755—1770.

Solingen, Cornelius: Handgriff der Wundarznei nebst dem Amt und Pflicht der Wehemutter. Frankfurt 1693.

Spiegelberg: Lehrbuch der Geburtshilfe. Lahr 1882.

Spöndli: Ungewöhnl. Härte des Schädels bei Gesichtslagen. Monatsschrift für Geburtshilfe, Bd. 15.

Steidele: Lehrbuch von der Hebammenkunst. Wien 1779.

Stoeckl: Lehrbuch der Geburtshilfe 1923.

Stroganoff: Zur Frage der Anwendung der Zange. Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynäk. 1902.

Sudhoff: Kurzes Handbuch der Geschichte der Medizin. Berlin 1922.

Sué, Pierre: Gelehrte und kritische Versuche der Geschichte einer Geburtshilfe. Altenburg 1786.

Ullrichs: Ueber die Gesichtslagen. Med. Diss. Wilhelmshaven 1911.

Johann Ehrenfried v. Thebesius: Hebammenkunst. Liegnitz 1756.

Thies: Ueber Gesichtslagen. Verhandlg. der Ges. für Geburtshilfe. Leipzig 1907.

Thorn: Zur manuellen Umwandlung der Gesichtslagen in Hinterhauptslagen. Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynäk. 1886, Bd. 13.

— Dasselbe. 1895, Bd. 31.

— Die Stellung der manuellen Umwandlung in der Therap. der Gesichtslage. Volkmannsche Sammlung klin. Vortr. Neue Folge Nr. 123 (1903).

Volland: Ein neuer Handgriff zur Korrektur der sich falsch zur Geburt stellenden Gesichtslagen. Zentralbl. f. Gynäkologie 1887.

Walz: Ueber spontane Umwandlung der mentop. Lage. Zentralblatt für Gynäk. 1922, Nr. 14.

Warén: Ueber die manuelle Umwandlung. Helsinki 1920.

Weise: Hemi-cephalie bei Gesichtslagen. Sieboldt's Journal Bd. 7.

v. Weiß: Zur Behandlung der Stirn- und Gesichtslagen. Volkm.-Sammlung. Neue Folge Nr. 74, 1893.

— Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynäk. 1895, Bd. 32.

Welponer: Beitrag zur Schatz'schen Umwandlung durch äußeren Handgriff. Arch. für Gynäk. 1877.

Wichert: Zur Kasuistik der Gesichtslagen. Dt. Med. Wochenschr. 1899.

Wichmann: Ein Beitrag zur Frage von der Behandlung der Deflektionslage. Helsinki, 1920.

Wiegand: Die Geburt des Menschen. Berlin 1820.

v. Winkel: Handbuch der Geburtshilfe. Wiesbaden 1904—1906.

Wullstein: Die Gesichtslagen. Med. Diss. Berlin 1891.

Yong: A bimanual Method of rectifying a face presentation. Brit. med. Journ. Nr. 2730, 1913.

Zancla: Präsentation di faccia in mento posteriore et rotura spontanea d'el utero. Riv. d'obstet. et ginecol. Jhrg. 3, 1921.

Zangemeister: Ein Handgriff zur Umwandlung der Gesichtslagen. Münchener Med. Wochenschr. 1913.

Zeller: Grundsätze der Geburtshilfe. Wien 1781.

Ziegenspeck: Beitrag zur Behandlung der Gesichtslagen. Volkm. Samml. Nr. 284, 1886.
Zweifel: Erfahrung aus den letzten 10 000 Geburten mit Berücksichtigung des Altersbildes (aus der Münchener Frauenklinik) 1915.
Jaschke-Pankow: Lehrbuch der Geburtshilfe 1923.
Handbuch der Geschichte der Medizin von Neuburg und Pagel. Jena 1901.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Herbert Paul Franz Senst, evangelischer Konfession, wurde geboren am 7. April 1901 zu Dillenburg (Prov. Hessen-Nassau) als Sohn des jetzigen preußischen Amtsrats Paul Senst. Seine Vorbildung erhielt er auf dem Staatlichen Viktoria-Gymnasium zu Potsdam, das er im Mai 1919 mit dem Zeugnis der Notreife-Prüfung verließ, um in den Grenzschutz Ost als Freiwilliger einzutreten. Zum Sommersemester 1919 wurde er an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin immatrikuliert. Im Juni 1922 bestand er die ärztliche Vorprüfung und Ende Februar 1925 beendete er das medizinische Staatsexamen.

Vom 1. März 1925 bis zum 1. März 1926 war er als Medizinalpraktikant am St. Josefs-Krankenhaus zu Potsdam, vier Monate an der chirurgischen Abteilung und acht Monate an der inneren Abteilung, beschäftigt.

Gelegenheit zur praktischen Ausbildung fand er als Famulus in den Universitätsferien an demselben Krankenhaus.

Allen seinen hochverehrten Lehrern, insbesondere Herrn Generaloberarzt a. D. Dr. Géronne und Herrn Prof. Dr. Pochhammer, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigsten Dank aus.

Am 15. März 1926 erlangte er die Approbation als Arzt.